Inhalts-Verzeichniss

zum

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1887.

Verfasst

von

Dr. S. Hajek,

I. Bibliothekar der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

WIEN 1888.

ALFRED HÖLDER,

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER,

Rothenthurmstrasse 15.

Inhaltsverzeichniss.

Die Zahlen bedeuten die Nummern der Seite.



*





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



13. Jänner 1887. Nr. 1.

Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 17. December 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **Sigm. Exner.**

Schriftführer: Herr Prof. Dr. **J. Csokor.**

Dr. **Julius Hochenegg** stellt den schon in der Sitzung vom 22. October d. J. demonstrirten Patienten mit Bauchwandactinomycose als durch Operation geheilt vor. An demselben wurde am 29. October vom Herrn Prof. Albert die Operation vorgenommen, die darin bestand, dass man die vordere Bauchwand vom Nabel bis zur Symphyse spaltete, worauf man auf drei verschieden lange, circa fingerdicke Fisteln kam, die in ungemein derbes Schwielengewebe eingebettet waren. Aus dieser colossal derben Schwiele bestand eben der ganze über kindskopfgrosse Tumor. Nach Blosslegung der Fisteln wurden diese energisch excochleirt und dann diese sowie der Spalt in der Bauchwand mit Sublimat-Kieselguhr ausgefüllt. Schon beim ersten Verbandwechsel konnten keine Actinomycespilze mehr aufgefunden werden, die Heilung erfolgte im Laufe eines Monats, nach welcher Zeit die Schwiele ganz zurückgegangen war. Nach der Operation erholte sich Patient zusehends und nahm bedeutend an Körpergewicht zu. Dr. Hochenegg schreibt den günstigen Erfolg namentlich dem Sublimatverbande zu.

Prof. **Neumann** bespricht zuerst den anatomischen Befund an der Haut solcher syphilitischer Individuen, bei denen die klinischen Symptome bereits ganz abgelaufen sind. Schon im Jahre 1884 hat N. den Nachweis führen gekonnt, dass selbst nach Ablauf der klinischen Erscheinungen der Syphilis in der Haut noch histologische Veränderungen nachzuweisen sind. Dieselben finden sich vorwiegend an den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen, der Haarbälge und der Talgdrüsen, vereinzelt auch im Cutisgewebe. Sie bestehen vorwiegend aus Exsudatzellen, welche, wenn seit der Infection schon

lange Zeit verstrichen ist, mehr spindelige Formen annehmen, ausserdem noch pigmentirte und pigmentlose Bindegewebskörperchen. Das Vorhandensein solcher Residuen der Syphilis macht es begreiflich, dass Infectionen seitens anscheinend gesunder Individuen möglich sind, indem äussere Reize genügen, die Epidermis abzulösen, so dass virulescente Exsudatzellen an die Oberfläche gelangen und auf gesunde Individuen inficirend einwirken.

Die Bildung von nässenden Papeln an solchen Stellen, welche der Reibung, höheren Temperaturen, Maceration durch Schweiss ausgesetzt sind, wird sich hierdurch erklären lassen und in ähnlicher Weise auch die Psoriasis membranae mucosae, das Effluvium capillitii, die Psoriasis plantaris et palmaris u. s. w.

In solcher Weise hat nun auch die Latenz der Syphilis ihre objective Erklärung gefunden.

Im tertiären Stadium wachsen die Exsudatzellen langsam, bleiben mehr circumscript angehäuft, regen das Nachbargewebe weniger zur Entzündung an, weil sie einen geringen Grad von Virulescenz besitzen und mehr zur Bindegewebsneubildung, zu Hypertrophien hinneigen und im weiteren Verlaufe der Verfettung und dem käsigen Zerfalle anheimfallen.

Die angeführten Befunde geben uns endlich eine Richtschnur zur Beurtheilung des Verlaufes, der Chronicität des ganzen syphilitischen Processes und wir gewinnen auch namentlich für unser therapeutisches Verfahren einen festen Maassstab, indem dasselbe auch dann noch fortzusetzen wäre, wenn auch schon alle klinischen Erscheinugen geschwunden sind.

Doc. Dr. E. **Schiff** stellt an den Vortragenden die Frage, ob die zur Untersuchung entnommenen Haut- und Schleimhautpartien makroskopisch normal waren und ob der angegebene Befund ein constanter war, was ja für die daraus zu ziehenden Folgerungen von besonderer Wichtigkeit wäre.

Prof. **Neumann** bejaht diese beiden Fragen.

Herr Prof. Dr. **Weinlechner** empfiehlt Injectionen von Chlorzinklösungen in das gangränöse Gewebe bei Gangraena senilis und bei abgebundenen Hämorrhoidalknoten und erzielt insbesondere das frühere Abfallen des Knotens, hauptsächlich aber die Beseitigung des üblen Geruches.

Herr Prof. Dr. **Dittel** hebt seine an zahlreichen Fällen erprobte Methode der Unterbindung mit der elastischen Ligatur, bei Operation von Hämorrhoidalknoten hervor, da weder Blutungen noch Recidiven beobachtet werden. Zur Entfernung des üblen Geruches wird Gypstheer, Bitumen Fagi 1, Calc. sulf. 5, mit gutem Erfolge verwendet.

Herr Prof. Dr. **Weinlechner** will nur die desodorirende Wirkung der Chlorzinkinjectionen hervorheben.

Herr Prof. Dr. **Hofmokl** injicirte bei prall gespannten Hämorrhoidalknoten einige Tropfen 50%iges Carbolöl mit gutem Erfolge, weist jedoch auf die den üblen Geruch beseitigende Wirkung des Jodoform hin.

Herr Hofrath Prof. v. **Bamberger** berichtet über einen Fall von Hämoglobinurie, welcher sich derzeit auf der Klinik befindet. Es ist jene Form von Hämoglobinurie, die bei ganz gesunden Individuen auftritt, in Folge starker Durchkältung des ganzen Körpers oder einzelner Theile, oder aber bei forcirter körperlicher Anstrengung. Der Harn ist blutig, zeigt jedoch mikroskopisch keine oder nur vereinzelte Blutkörperchen, dagegen erweist die Spectroskopie die bekannten Absorptionsstreifen des Blutfarbstoffes in Gelb und Grün.

Leute, die sich den genannten Schädlichkeiten ausgesetzt haben, werden von einem Gefühle des Ziehens, Fröstelns oder selbst von Frostanfällen befallen; in den Fingern tritt ein Gefühl von Stumpfheit auf, die Nägel werden blau, schliesslich tritt Hitze, seltener Schweiss auf. Hier und da gesellen sich Brechreiz, Kopfschmerz und dumpfe Schmerzen in der Nierengegend dazu. Der Harn bleibt durch eine Stunde bis zur Dauer eines Tages blutig gefärbt, worauf er wieder normal wird.

Der ganze Symptomencomplex der Hämoglobinurie wiederholt sich, sobald neuerdings die Schädlichkeiten einwirken. Je nach der Intensität des wirkenden Agens ist die Dauer und Stärke des Fiebers, sowie der Gehalt an Hämoglobin im Harne verschieden.

Der auf der Klinik befindliche Patient, ein 45jähriger Fiakerkutscher, klagte seit circa 2 Jahren bei starker Kälte über das Gefühl des Frierens und über blutig gefärbten Harn. Dem Patienten wurden zum Zwecke des Versuches die Hände durch 10 Minuten in Eiswasser getaucht, hierauf wurde derselbe leicht bekleidet in den Hof geschickt. Es trat sogleich Hämoglobinurie auf, welche im Laufe des Tages wieder schwand. Gegenwärtig werden vergleichende Untersuchungen des Harnes über Harnsäure und Harnstoff, über Globulin und Serumalbumin im Laboratorium des Prof. Ludwig ausgeführt.

Die Auslösung des Fiebers erfolgt durch das Freiwerden des Hämoglobins; in einzelnen Fällen wird das Auftreten von Icterus beobachtet, welches den Beweis liefert, dass im Blute oder in den Geweben aus Hämoglobin das Bilirubin gebildet werde. Im erwähnten Falle war ein leicht icterisches Colorit zu beobachten.

Wien, am 7. Jänner 1887.

Der Vorsitzende: Hofr. Bamberger.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 7. Jänner 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. **von Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Der Vorsitzende verliest einen Brief des Herrn Prof. Spina, in welchem derselbe unter Berufung auf das Sitzungsprotokoll dto. 3. December 1886 sein Verhalten in der diesbezüglichen Angelegenheit rechtfertigt.

Die Gesellschaft geht unter Aufrechthaltung der in der damaligen Sitzung gefassten Beschlüsse zur Tagesordnung über.

Herr Dr. **Paltauf** demonstrirt ein Präparat von vollkommener Obliteration der Aorta. Hieran knüpft sich eine Discussion, an der sich Herr Hofr. v. Bamberger, Prof. Kundrat, Prim. Frey und Prof. v. Schrötter betheiligen.

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt einen Fall von anomaler Ausbildung des Circulus Willisii.

Herr Prof. **Leidesdorf** hält seinen angekündigten Vortrag über die sogenannten psychisch-epileptischen Aequivalente.

Die P. T. Herren Mitglieder werden aufmerksam gemacht, dass der Jahresbeitrag laut Gesellschaftsbeschluss 20 fl. beträgt.

Programm

für die am Freitag den 14. Jänner 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **L. Mauthner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. v. **Fleischl**: Ueber einen merkwürdigen physiologischen Zusammenhang zwischen Herz und Lunge.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Kundrat, Dr. Rabl, Dr. Neusser.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

20. Jänner 1887. Nr. 2.

Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 7. Jänner 1887. — Summarischer Bericht der Sitzung vom 14. Jänner 1887. — Programm der Sitzung am 21. Jänner 1887.

Protokoll der Sitzung vom 7. Jänner 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. **Bamberger.**
Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Der Vorsitzende verliest einen Brief des Herrn Prof. Spina, in welchem derselbe unter Berufung auf das Sitzungsprotokoll ddto. 3. December 1886 sein Verhalten in der diesbezüglichen Angelegenheit rechtfertigt.

Die Gesellschaft geht unter der Aufrechthaltung der in der damaligen Sitzung gefassten Beschlüsse zur Tagesordnung über.

Herr Dr. **Arnold Paltauf** demonstrirt ein Präparat, eine vollkommene Obliteration des Isthmus Aortae darstellend. Selbes stammte von einer plötzlich verstorbenen 35 Jahre alten Frau. Die Aorta lief beiderseits in je einen ziemlich stumpfen Kegel aus, deren Spitzen durch einen 0·5 Cm. langen soliden Strang verbunden sind. Die A. a. subclaviae erschienen im Verhältniss zu anderen Gefässmassen erweitert, ihre Wandungen wie auch die der Carotiden sind deutlich verdickt. Der Duct. Botalli ist vollkommen verschlossen. Von der Spitze des jenseitigen Aortenkegels ragt in deren Inneres ein 3 Mm. langes, derbes Zäpfchen vor, ähnlich einem organisirten Thrombus. Die stellvertretende Blutbahn hatte ihren Weg durch die A. a. subclaviae und deren Aeste einerseits, die oberen 4 Intercostales andererseits gefunden; die A. mamm. int. sind über Gänsekiel weit, die Epigastricae wenig erweitert. Interesse gewinnt der Fall besonders noch durch eine schwere Veränderung am Herzen selbst. Das linke Herz sehr hypertrophirt, sein Fleisch im hinteren äusseren Theile durch ausgebreitete, dessen ganze Dicke durchsetzende Kalkmassen, deren innere Oberfläche rauh ist, ersetzt, auch der hintere Papillarmuskel ist zum Theil von einer Kalkmasse ersetzt. Die Bicuspitalklappe nur leicht ver-

dickt. Die Aortenklappen in halber Entfaltungslage starr durch kalkige Einlagerung und schwielige Entartung. Verfasser hält die Obliteration für zwar vorgebildet, aber nicht angeboren; die Endomyocarditis für eine spät erworbene und nunmehr ausgeheilte.

Herr Hofr. v. **Bamberger** bemerkt, dass die Entwicklung solcher Zustände jedenfalls in die früheste Lebensperiode fällt und mit der Schliessung des Ductus Botalli zusammenhängt. Die Erscheinungen im Leben, wie die Erweiterung der Mammariae, die Geräusche sind so prägnant, dass der Zustand ganz gut diagnosticirt werden kann.

Herr Prof. **Kundrat** erklärt, dass die Obliteration der Aorta nicht durch den Zug des schrumpfenden Ductus Botalli, wie man früher glaubte, sondern dadurch zu Stande komme, dass die Eigenthümlichkeiten des Gewebes des Ductus Botalli bisweilen über die Grenzen desselben hinausgehen. Bekanntlich besitzt die Wandung des Ductus Botalli einen seine Obliteration begünstigenden Bau, wie von Hofr. Langer gezeigt wurde. Wenn sich nun dieser eigenthümliche Bau auch auf die Aorta erstreckt, so wird diese in den Obliterationsprocess mit einbegriffen.

An der Discussion betheiligen sich ausserdem Herr Prof. v. Schrötter, der erwähnt, dass er vor Jahren einen solchen Fall von „angeborener Obliteration der Aorta in der Gegend des Ductus Botalli", wie die klinische Bezeichnung lautet, in der Gesellschaft vorgestellt habe und Herr Primarius Frey.

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt das Hirn eines Mannes, welchem Prof. Weinlechner wegen einer bedrohlichen Blutung nach Exstirpation eines Lympho-Sarcoms am Gaumenbogen die rechte Carotis unterbunden und der 27 Stunden nach der Operation unter hemiplegischen Erscheinungen verstarb. Veranlasst waren diese durch eine beginnende Erweichung fast der ganzen rechten Grosshirnhemisphäre — die Spitzen des Stirn- und Hinterhauptlappen ausgenommen — in Folge von Anämie bedingt durch anomale Gefässverhältnisse. Es gab nämlich die Carotis cerebralis beiderseits alle drei Hirnarterien ab und stand mit der Basilaris, die als Art. cerebelli inf. ant. beiderseits endete, rechts nur durch eine seidenfadendünne, links etwas dickere Anastomose in Verbindung. Auch die Arter. communic. ant. war aussergewöhnlich zart, so dass mit Unterbindung der Carotis die Zufuhr von Blut für die rechte Hemisphäre fast ganz aufgehoben war. Die Gefässanomalie ist wohl dadurch zu erklären, dass bei einer sonst normalen Ausbildung des Circulus W., enger Vertebralarterien und weiter Carotiden das Blut vorzüglich aus letzterer durch die Communicans posterior in die Profunda cerebri geleitet wurde

und so deren Anfangstück zwischen dem Abgang der Cerebelli inf. ant. und der Einmündung der Communicantes p. zu den dünnen Anastomosen sich umbildete.

Herr Prof. Leidesdorf hält seinen angekündigten Vortrag. L. spricht über die psychisch-epileptischen Aequivalente, ein Ausdruck, der seit der verdienstvollen Arbeit Sammt's (1876) sich einer allgemeinen Beliebtheit erfreut.

Man versteht unter diesen Aequivalenten psychische Störungen, welche den Krampfanfällen einigermassen gleichwerthig sind und an ihrer Stelle auftreten. Der Vortragende meint, dass dieser Ausdruck schon insoferne nicht vollkommen entspricht, weil die psychische Störung den Krampfanfall nicht equivalirt, ebensowenig wie der Krampfanfall die psychische Störung.

Was man Epilepsie oder epileptischen Anfall nennt, besteht aus einer complicirten Symptomengruppe, welche bald vollzählig, bald aber nur bruchstückweise auftreten kann. Bewusstseinspausen ohne Krämpfe, Krämpfe ohne Bewusstlosigkeit, Aurasymptome ohne weiteres Hinzutreten von epileptischen Symptomen. — Man kann aber keines dieser Symptome als ein Aequivalent für ein Anderes oder für mehrere Andere betrachten. Die psychischen Störungen der Epileptiker, wenn sie auch selbstständig und nicht im Anschluss an Krampfanfälle oder Bewusstseinspausen auftreten, sind einfach zur Epilepsie gehörige Symptome.

L. hebt die charakteristischen Eigenthümlichkeiten der acuten transitorischen psychischen Störungen bei Epileptikern hervor und namentlich bei solchen, wo der psychische Paroxysmus in der, längere Zeit dauernden, intervallären Zeit, also unabhängig von Krampfanfällen auftritt oder bei solchen, wo seit Jahren die Krampfanfälle spontan geschwunden waren und belegt diese Zustände mit Fällen eigener Beobachtung.

Schliesslich geht L. an die Beantwortung der Frage, ob es zulässig sei, ein epileptisches Irrsein anzunehmen, wenn ein der Form nach dahingehöriger psychischer Paroxismus ausbricht bei Menschen, die nie an epileptischen Krampfanfällen oder auch nur einfachem epileptischem Schwindel gelitten haben. — L. weist nach, dass eine solche Annahme nur mit Reserve gemacht und von den Bedingungen der Aetiologie, des Verlaufes der mehr weniger vollständigen Amnesie und des wiederholten anfallsweisen Auftretens abhängig gemacht werden muss. Wo aber diese Bedingungen vorhanden, kann mit Sicherheit die acute transitorische Psychose als ein epileptischer Anfall bezeichnet werden für welchen L. den Namen psychische Epilepsie am geeignetsten hält, weil er am besten ausdrückt, dass der Zustand, den wir Epilepsie nennen, in

solchen Fällen nicht in den motorischen, sondern in den psychischen Centren eine tiefe functionelle Störung bewirkt hat.

Wien, am 14. Jänner 1887.

Der Vorsitzende: L. Mauthner.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 14. Jänner 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. **R. Paltauf.**

Herr Dr. **Kuhn** referirt über einen Fall von Carcinom an einem prolabirten Rectum, in welchem er mit Erfolg die Resection des Darmes vorgenommen, mit Demonstration des Präparates und des geheilten Patienten.

Herr Dr. **Ullmann** stellt eine Frau vor, an der ein Adenocarcinom der rechten Niere exstirpirt worden war.

Herr Prof. **Weinlechner** berichtet über einen Fall von Aneurysma der Art. poplitea dext., das vor $1^1/_2$ Jahren mit verschiedenen Compressionsmethoden behandelt, endlich durch Unterbindung der Art. femor. geheilt wurde und stellt den Kranken vor.

Herr Hofr. Prof. **Breisky** stellt eine mit Osteomalacie behaftete 37jährige Frau vor, an der er wegen absoluter Beckenenge die Sectio caesarea mit Exstirpation des Uterus nach Porro vorgenommen hat.

Herr Prof. v. **Fleischl** hält seinen angekündigten Vortrag über einen eigenthümlichen physiologischen Zusammenhang zwischen Herz und Lunge.

Programm

für die am Freitag den 21. Jänner 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofr. **Widerhofer** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Dr. **E. Neusser:** Ueber Pellagra in Oesterreich und Rumänien.

Vorträge haben angemeldet: Prof. Kundrat, Dr. Rabl, Dr. Favarger.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: Die k. k. Gesellschaft der Aerzte. — Für d. Redaction verantword.: Prof. E. Albert.
Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

27. Jänner 1887. Nr. 3.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 14. Jänner 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner**.
Schriftführer: Herr Dr. **R. Paltauf**.

Herr Dr. **Kühne**: Im December des vergangenen Jahres wurde von Herrn Dr. Kubasta ein Mann aus dem bürgerlichen Versorgungshause mit einem Vorfalle des Mastdarmes und einem Geschwür auf demselben an die II. chirurgische Abtheilung zur operativen Behandlung gewiesen, da öftere Repositionsversuche ohne Erfolg blieben.

Der Vorfall bestand bei der Aufnahme des Patienten schon durch drei Monate. Der Kranke, der im 74. Lebensjahre steht, soll schon vor drei Jahren einmal nach dem Stuhlgange einen Mastdarmvorfall von einigen Centimetern erlitten haben, welcher sich aber gleich darauf wieder reponiren liess. Patient hatte vor seiner jetzigen Erkrankung keinerlei Beschwerden von Seite des Darmtractes; der Stuhlgang trat immer regelmässig ein, der Stuhl hatte breiige Consistenz und war nie mit Blut untermischt. Patient gibt an, dass in Folge heftigen Stuhlzwanges nach dem Stuhlabsetzen das Hervortreten des Mastdarmes erfolgt sei. Seit der Prolaps besteht, geht der Koth unwillkürlich in Form breiiger Massen ab und der Patient hatte ausser brennenden Schmerzen an dem vorgefallenen Stücke sonst keine Beschwerden.

Der Patient, der trotz seines hohen Alters noch recht rüstig war, bot bei der Untersuchung folgendes Bild dar:

Aus der Analöffnung ragte eine wurstförmige, hochroth gefärbte, an der Oberfläche reichlichen Schleim secernirende Geschwulst hervor, die sich nach rechts und oben krümmte, an der convexen Seite 19 Cm., an der concaven 11 Cm. mass; der Umfang der Geschwulst an der Basis betrug 17 Cm.

2 Cm. ober der Oeffnung des Prolapses, in welche man mit dem Zeigefinger leicht eindringen konnte, bestand eine paraphimosenartige Einschnürung, an welcher an der Hinterfläche der Geschwulst ein etwas blässer gefärbtes Geschwür sass, welches die deutlichen Charaktere eines Epithelialcarcinoms, nämlich unregelmässig buchtige, wallartig erhobene, derbe Ränder und derben Grund darbot; das Geschwür reichte 6 Cm. weit nach aufwärts und nahm ungefähr zwei Drittel der Peripherie der Geschwulst (i. e. 11 Cm.) ein. Ein aus dem Geschwürsrande excidirtes Stückchen erwies sich nach der mikroskopischen Untersuchung, welche Herr Dr. Kolisko vornahm, als Epithelialcarcinom.

Die Partie der normalen Darmschleimhaut oberhalb des Geschwüres war nicht ganz 4 Cm. lang. An der Vorderfläche war der Prolaps stark excoriirt, wie in der Zeichnung deutlich zu sehen ist.

Beim Eingehen mit dem Zeigefinger zwischen das prolabirte Darmstück und die erweiterte Analöffnung fand man erst in einer Höhe von 6 Cm. die Umschlagstelle, an welcher die normal gelagerte Mastdarmwand in das umgestülpte Darmstück überging; es handelte sich also um einen Prolaps des Rectums mit Invagination, auf welchem ein Epithelialcarcinom sass, und die vorliegende Masse musste aus zwei in einander geschachtelten, mit den serösen Flächen einander zugekehrten Darmrohren bestehen. Bei Compression des Prolapses konnte man kein Gurren wahrnehmen, es waren also keine Darmschlingen in dem vorgestülpten Peritonealsack eingelagert.

Wenn wir uns eine schematische Zeichnung vom Frontaldurchschnitt der Geschwulst machen und die oben angegebenen Maasse in dieselbe eintragen, so wird daraus ersichtlich, dass die Oeffnung des Prolapses einer 31 Cm. ober der Analöffnung gelegenen Stelle des Dickdarmes entsprach und der untere Rand des Carcinoms in einer Höhe von 16 Cm. ober der Analöffnung, an einer Stelle also, welche mit dem Finger nicht mehr zu erreichen ist, schon im Bereiche der Flexura sigmoidea lag. Ich beabsichtigte nun durch Resection des vorgefallenen Mastdarmes den Kranken von seinem Prolaps und damit zugleich von seinem Rectumcarcinome zu befreien.

Nach gehöriger Vorbereitung des Patienten zur Operation machte ich mit gütiger Erlaubniss meines geehrten Chefs Prof. Salzer am 28. December die Operation in folgender Weise: Der Patient wurde in die Steinschnittlage gebracht, der Prolaps gut desinficirt und ein Jodoformgazetampon in denselben eingeschoben.

Nun durchschnitt ich zuerst das äussere Darmrohr an der Vorderfläche, 2 Cm. von der Basis des Prolapses entfernt, schichtenweise in einer Länge von 4—5 Cm. quer, bis ich in die Peritonealhöhle eingedrungen war und die Serosa des inneren Darmrohres durch den klaffenden Schnitt sichtbar wurde; nun ging ich mit



dem linken Zeigefinger in den gebildeten Spalt ein und trennte mit der Scheere auf demselben das äussere Darmrohr in seiner ganzen Circumferenz ab. Die Blutung aus den durchschnittenen, stark hypertrophirten Wandungen des äusseren Darmrohres war eine minimale; nun wurde das sich frei präsentirende innere Darmrohr mittelst zweier an der Vorderfläche durch Serosa und Muscularis gelegte Fadenschlingen vor dem Zurückschlüpfen gesichert, hierauf das Mesenterium des vorgestülpten Darmes, das nach links und hinten zwischen den Serosen beider Darmrohre eingezwängt lag, durchschnitten und die blutenden Gefässe unterbunden; dann trennte ich in derselben Ebene, wie das äussere, das innere Darmrohr in seiner ganzen Peripherie mit der Scheere quer durch und vereinigte dann beide Darmlumina durch die Naht in der Weise, dass ich, am Ansatze des Mesenteriums beginnend, zuerst Serosa und Muscularis beider Darmrohre circulär durch 20 Knopfnähte, die je 6 Mm. von einander abstanden, verband, und dann die Schleimhaut beider Darmrohre in der ganzen Circumferenz durch etwa 24 Knopfnähte vereinigte. Hierauf reponirte ich die vernähte, noch vor der Analöffnung liegende Darmpartie ohne Hinderniss leicht durch die erweiterte Analöffnung. In das Darmrohr wurde bis über die Nahtstelle ein an der Spitze abgeschnittener und an den Rändern angebrannter, unweit des abgeschnittenen Endes mit einem Jodoformgazelappen montirter englischer Katheter eingeführt, damit Flatus und eventuell Fäces für die Operationsstelle unschädlich gemacht werden und nach aussen abgehen könnten. Die Operation dauerte $1^1/_2$ Stunden; während derselben wurde mit Salicylsäurewasser 1 : 300 irrigirt und zur Naht und Unterbindung Carbolseide verwendet.

Das recesirte Darmstück, auf welchem das Carcinom aufsitzt, hatte eine Länge von 34 Cm.; es wurde frieren gelassen, dann der Länge nach in der Mitte aufgesägt und in $95^0/_0$igem Alkohol aufbewahrt.

Der Wundverlauf war ein vollkommen reactionsloser, die Körpertemperatur stieg nur am Tage nach der Operation auf 38·2°, um dann niemals wieder über die Norm anzusteigen. Die Pulsfrequenz blieb stets normal. Schon am Tage nach der Operation entleerten sich flüssige Fäces aus dem Catheter und Flatus gingen ohne Beschwerden von Seite des Patienten durch denselben ab; es wurden täglich vorsichtig Ausspülungen mit lauwarmem Wasser durch den Katheter gemacht und Patient erhielt in den ersten Tagen Opiate und nur wenig flüssige Nahrung.

Nach vier Tagen wurde der Catheter durch ein dickeres Drainrohr ersetzt, durch welches die Ausspülungen fortgesetzt wurden. Patient ging allmälig zu festerer Nahrung über; am achten Tage wurde auch das Drain weggelassen und nur durch Bitter-

*

wasser für leichtflüssige Stuhlentleerung gesorgt. Patient hatte auch weiter ganz ohne Anstand regelmässige Entleerungen.

Am 9. Jänner 1887, also am 12. Tage nach der Operation, verliess Patient zum ersten Male das Bett und befindet sich vollkommen wohl.

Einen ganz ähnlichen Fall wie diesen operirte Nicolaysen im Jahre 1882 mit gutem Erfolge; es handelte sich um ein Cylinderepithelcancroid, welches hoch oben im Rectum sass und durch Invagination in das Rectum herab und von da nach aussen getreten war; die Operationsweise unterscheidet sich insofern von der im gegenwärtigen Falle angewendeten, dass Nicolaysen über der oberen Grenze der Neubildung einen Nahtkranz von Czerni'scher Seide durch beide Darmwände anlegte, den Tumor unterhalb desselben abtrug und nun die Darmränder mit fortlaufender Naht vereinigte; bei diesem Verfahren ist die Gefahr einer Infection des Peritoneums mit Koth durch die Stichcanäle hindurch, welche direct vom Darmlumen nach der Serosa führen, zu befürchten und jedenfalls die exacte Darmnaht, wie ich sie ausführte, sicherer.

Auffret resecirte einen Vorfall des Dickdarmes in der Länge von 90 Cm. im Jahre 1882; der Patient starb jedoch bald nach der Operation an Collaps. Mit dem Ausgang in Heilung wurde Resection des prolabirten Dickdarms mit nachfolgender Darmnaht, die sich nur durch einige geringere Modificationen von der hier angewendeten Methode differencirt, von Prof. Mikulicz, Hofrath Billroth und Prof. Nicoladoni ausgeführt.

Am 8. Juni 1883 berichtete Prof. Weinlechner hier über einen Fall von Invagination des Dickdarmes und Prolaps desselben, bei welchem er das vorgefallene Darmstück über einem starren Rohre mit elastischer Ligatur abgebunden und Heilung erzielt hatte.

In derselben Sitzung referirte Prof. Hofmokl über einen ebenso operirten Fall aus dem Jahre 1868.

Die Resection mit dem Messer unter antiseptischen Cautelen verdient gegenüber dem gewiss ebenfalls zum Ziele führenden Verfahren mittelst elastischer Ligatur insoferne den Vorzug, als bei der Abbindung denn doch die Gefahr einer Infection durch das sich gangränös abstossende Darmstück imminent ist und späterhin nach der Heilung leichter in Folge Schrumpfens der ausgedehnteren Narbe eine Stricturirung des Darmlumens eintreten kann.

Endlich muss ich noch zur Therapie der Rectumcarcinome hervorheben, dass Bardenheuer vorschlägt, bei hochsitzenden Carcinomen in der Weise vorzugehen, dass man dieselben unter Einstülpung des Rectums womöglich bis vor die Afteröffnung her-

vorzieht und dann abträgt, also Verhältnisse schafft, wie sie die Natur in günstiger Weise bei unserem Falle gegeben.

Schliesslich erlaube ich mir noch den Patienten vorzustellen, bei welchem ich die erwähnte Operation ausgeführt habe.

Herr Dr. **Ullmann** stellte eine Frau vor, bei welcher am 21. November 1886 die Exstirpation der carcinomatös erkrankten rechten Niere vorgenommen wurde. Der unklaren Anamnese war zu entnehmen, dass die Kranke vor einem Jahre Schmerzen beim Uriniren hatte, dabei blieb aber der Harn klar und gelb. Seither entwickelt sich im rechten Hypogastrium ein derber, glatter, beweglicher Tumor, welcher in eine Grube in der rechten Lumbalgegend zurückgedrängt werden kann. Bei der im Rectum vorgenommenen Sodainfusion legen sich die sich aufblähenden Gedärme über die Geschwulst. Der Harn bietet nichts Abnormes. Die Menge des Harnstoffes und der Chloride ist nicht vermindert; im Sediment Blutkörperchen, aber keine Geschwulstpartikelchen zu finden. Die Uretherensondirung gelang nicht, da die Sonde in den starken Trabekeln stecken blieb. Prof. Albert führte den Schnitt von der 11. Rippe schräg nach unten und medialwärts und trachtete, das Peritoneum parietale abzulösen, wobei es aber einriss. Nun wurde extra- und intraperitoneal vorgegangen und die Geschwulst, sorgfältig unterstützt, herausgehoben; die Entfernung derselben gelang nach Unterbindung des Ureters und der Gefässe mit leichter Mühe. Das Peritoneum wurde nun genäht, gegen die Leber zu ein Jodoformgazestreifen eingelegt, die Höhle nach mehreren Richtungen drainirt und die Bauchdecken einfach genäht. Der Verlauf war fieberfrei. Patientin erholte sich zusehends. Die Geschwulst wiegt 840 Grm., war mit feinen Höckerchen an der Oberfläche versehen und hatte einen aus gesundem Gewebe bestehenden oberen Fortsatz, der, wie es sich im Durchschnitt zeigt, allmälig in das Carcinom übergeht. Interessant ist das Hineinwuchern eines Geschwulstzapfens in die Vena renalis, so dass man wohl annehmen darf, dass Metastasen schon jetzt vorhanden sein müssen. Anschliessend berichtet Dr. U., dass die Kranke, deren Niere Dr. Horoch vor $1^1/_2$ Jahren am Congresse deutscher Chirurgen demonstrirt hat, nach einem Jahr zu Grunde ging und man im rechten Scheitellappen des Gehirns Metastasen fand.

Herr Prof. **Weinlechner** stellt einen 43 Jahre alten Zimmermannsgehilfen vor, welcher am 22. Juni 1885 an seiner Abtheilung wegen einer vier Wochen zuvor spontan aufgetretenen, langsam wachsenden, schmerzhaften Geschwulst in der linken Kniebeuge, aufgenommen wurde. Diese Geschwulst war am Tage der Aufnahme fast kindskopfgross und füllte die Kniekehle ohne strenge Begrenzung aus. Während die Streckseite des Kniegelenkes von normaler Beschaffenheit war, sass in der Beugeseite eine diffuse Geschwulst,

an deren höchstem Punkte die Haut fixirt, geröthet und auf Druck sehr empfindlich erschien. Die Geschwulst zeigte deutliche Pulsation und die Auscultation über derselben ergab lautes systolisches Rauschen. Diese beiden Erscheinungen schwanden bei Compression der Arteria femoralis, die sich rigid anfühlte. Das Kniegelenk war in einem Winkel von 120° gebeugt gehalten und konnte nicht vollkommen gestreckt werden. Die subcutanen Venen des Unterschenkels waren angedeutet und dieser selbst, sowie das untere Drittel des Oberschenkels ödematös geschwellt. Das Knie war in der Höhe der linken Kniescheibe um 13 Cm., 6 Cm. oberhalb der Kniescheibe um 12 Cm. und 6 Cm. unterhalb um 9 Cm. umfänglicher, als das Knie am gesunden Bein. Der Kranke fühlte in der Geschwulst reissende und zuckende Schmerzen, die bis in den Fuss ausstrahlten; die Abendtemperatur betrug 39°, der Puls 126, der zweite Herzton war stark accentuirt. Nach all diesen Erscheinungen handelte es sich um ein spontanes, dem Aufbruche nahes Aneurysma der linken A. poplitea. W. konnte sich unter solchen Verhältnissen zu einem operativen Eingriffe bei dem blassgelblich gefärbten, abgemagerten Kranken nicht entschliessen, weil er namentlich von der Unterbindung der zuführenden Arterie das Auftreten von Gangrän am Fusse und Unterschenkel besorgte; er liess daher anfänglich die Extremität mit einer elastischen Binde von den Zehen bis über das Knie hinauf einwickeln, dieses geschah durch 16 Tage, anfangs einmal, später zweimal täglich. Die Binde blieb jedesmal $^3/_4$—1 Stunde lang liegen, über diese Zeit hinaus wurde die Compression, wegen heftiger Schmerzen und des Gefühls von Ameisenlaufen in dem Beine nicht vertragen. Ausserdem wurde die Arteria femoralis unter dem Poupart'schen Bande durch einen 2 Kgr. schweren Schrottsack comprimirt, welcher jedoch ununterbrochen liegen blieb; wegen der zeitweilig hochgradigen Schmerzen in der Geschwulst wurde ausserdem eine Eisblase auf die Kniekehle applicirt. Bei dieser Behandlung nahm der Umfang der Geschwulst schon in den ersten Tagen etwas ab, die schlafraubenden Schmerzen hörten auf, das Fieber und die entzündliche Röthung wich und Patient fühlte sich wohler. Späterhin vertauschte man die Anwendung des Schrottsackes mit der Digitalcompression, die täglich eine halbe Stunde durch 11 Tage fortgesetzt und dann mit der Anwendung des Petit'schen Tourniquets vertauscht wurde. Dieses war dem Kranken weniger lästig, so dass dasselbe täglich eine Stunde liegen gelassen werden konnte, nebenbei wurde die elastische Einwicklung durch 32 Tage fortgesetzt. Bei dieser Behandlung erholte sich zwar der Kranke, die bedrohlichen Erscheinungen schwanden, aber der Umfang der Geschwulst nahm nicht weiter ab, das Rauschen und Pulsiren währte fort. Unter solchen Umständen entschloss sich W. nach 72tägiger unblutiger Behandlung

zum operativen Eingreifen und unterband am 2. September 1885 die Art. femoralis vier Querfinger unter dem Lig. Poupartii (unterhalb des Abganges der A. prof. fem.) doppelt, durchschnitt sie zwischen den beiden Ligaturen und leitete die Seidenfäden bei der Wunde heraus, welche durch einige Knopfnahthefte verkleinert wurde. Sofort nach der Ligatur verkleinerte sich die Geschwulst und hörte auf zu pulsiren. Ernährungsstörungen am operirten Beine stellten sich nicht ein, im Gegentheile am Abende fühlte sich der Fuss sogar wärmer an. Auffallend war aber die Herabsetzung der Sensibilität am Fusse bis 5 Cm. oberhalb der Zehen. Nadelstiche wurden weder an der Dorsal-, noch Plantarfläche desselben gefühlt. Doch bestand, wie Patient später angab, diese Erscheinung, sowie eine leichte Parese desselben Fusses schon vor der Operation. Der Umfang der Geschwulst verringerte sich noch weiterhin, wie dies besonders aus dem Deutlicherwerden der Kniecontouren und der vermehrten Streckbarkeit des Gelenkes sich kundgab.

Am 1. October machte Patient den ersten Gehversuch mit Krücken. Um mit dem in Folge Paralyse des Nerv. peroneus und tibialis plantar flectirten Fusse nicht anzustossen, beugte er das Knie und schleuderte den Unterschenkel vorwärts, worauf er erst mit dem Fusse glatt auftrat.

Während weiterhin der Umfang des linken Knies abnahm und die Streckfähigkeit vollständig wurde, besserte sich die Lähmung nicht und Patient verliess am 14. December 1885 die Anstalt nur soweit geheilt, dass er mit einem Stocke ohne Beschwerden gehen konnte.

Am 2. April 1886 kehrte Patient wieder in die Behandlung zurück, wegen eines leichten Gefrierbrandes der linken grossen Zehe, die bald heilte. Damals zeigte sich nur die Motilität vollständiger normal, die Anästhesie am Vorfusse hingegen war unverändert geblieben.

Zum dritten Male kam Patient am 9. December 1886 wieder zur Aufnahme wegen Schmerz an der linken grossen Zehe und etwas behinderter Beugung im Kniegelenke.

Man fand an der Ligaturstelle eine 4 Cm. lange Narbe. Die Geschwulst in dem Knie war citronengross, nicht pulsirend. Medianwärts zu der Bicepssehne fühlte man einen härtlichen Strang, der auf Druck und Faradisation mit Beugung im Knie und Dorsalflexion des Fusses reagirte, also der Nervus popliteus war. Auch der Nerv. tibialis konnte auf der Geschwulst liegend palpirt werden. Die Venen des Unterschenkels waren ausgedehnt, die Haut des Unterschenkels und Fussrückens auch rechts überempfindlich gegen Berührung und Druck. Patient localisirte aber am linken Fusse nur im Bereiche der grossen und kleinen Zehe gut. Auch war die Muskelkraft links schwächer als rechts. Der zweite Ton war

überall klingend hörbar, besonders aber über der Aorta und Art. pulmonalis.

Patient war wegen eines etwa bohnengrossen mal perforant an der Unterfläche des Interphalangealgelenkes der linken grossen Zehe zur Aufnahme gekommen, das nach Abtragung der callösen Ränder und Aetzung mit Lapis rasch heilte. Patient hinkte nur sehr wenig beim Marschiren.

Bei der ersten Aufnahme betrug die Vergrösserung des Umfanges des linken Kniegelenkes in der Höhe der Mitte der Patella 13 Cm., im Vergleiche zu rechts bei der dritten Aufnahme nur mehr 4 Cm. 6 Cm. oberhalb der Kniescheibe gemessen war dieselbe von 12 Cm. auf $1^1/_2$ gesunken, 6 Cm. unterhalb der Kniescheibe waren die analogen Maassdifferenzen 9 und 1·75 Cm.

Der Zustand hat sich seit Anfang Jänner, abgesehen von dem geheilten mal perforant nicht wesentlich geändert.

An der Verkleinerung des Aneurysmas hat die unblutige Behandlung nur einen geringen Antheil genommen, während die schliessliche Heilung des Aneurysmas durch Congelation auf Rechnung der Ligatur allein zu bringen ist. W. ist der Meinung, dass die unblutige Vorbehandlung zum günstigem Ausgange manches beigetragen habe. Es wurde der Collateralkreislauf angebahnt, insbesonders durch die Hyperämie, welche nach der Abnahme der elastischen Binde einzutreten pflegt. Weiterhin hat aber die unblutige Behandlung auf die Verkleinerung der Geschwulst und gegen den Blutandrang in derselben gewirkt.

Der Fall ist interessant, weil durch die Geschwulst im Gebiete des Nervus peroneus und tibialis sensitive und motorische Lähmungen erzeugt wurden, welche endlich fast ganz geschwunden sind. Gegen alle Erfahrung hat sich die Motilität in dem Falle früher wieder hergestellt, als die Sensibilität. Schliesslich stellten sich bei dem Kranken auch trophische Störungen in Folge der Nervenläsion ein, und zwar zuerst die Congelation an der grossen Zehe, später das mal perforant, das bekanntlich mit Nervenstörung in Zusammenhang gebracht wird.

Herr Hofr. **Breisky** stellt eine Frau vor, an der er am 8. December v. J. eine Sectio caesarea nach Porro in Folge von hochgradiger Beckenverengerung durch Osteomalacie ausgeführt hat. Die 36jährige Frau war jetzt zum fünften Male schwanger und die Anamnese ergab, dass die erste Geburt spontan war, bei der zweiten wegen Beckenendlage Manualhilfe geleistet wurde, bei der dritten musste wegen Beckenverengerung die Zange applicirt werden, während bei der vierten, die am 6. April 1885 erfolgte, nur durch den Umstand, dass die Beckenknochen sehr weich und dehnbar waren, die Geburt eines reifen lebenden Kindes durch Wendung und Extraction bewerkstelligt werden konnte. Das

Kind starb zwar nach 14 Tagen, doch konnte dessen Ableben mit dem Geburtstrauma nicht in Verbindung gebracht werden. Nun kam die Frau wieder mit einem absolut verengten Becken auf die Klinik und wurde die Ausführung der Sectio caesarea beschlossen.

Herr Hofr. B. wählte die Methode nach Porro, weil erfahrungsgemäss für osteomalacische Frauen nichts schädlicher ist, als wieder schwanger zu werden, während ein Fortschreiten des Processes durch Sterilmachen der Frauen gehemmt wird und weil er schon sechs andere Fälle in dieser Weise sämmtlich glücklich durchgebracht hatte. Auch diesmal verlief sowohl die Operation, als auch das Wochenbett ganz glatt und die Frau ist nun vollkommen genesen. Das Kind befindet sich gleichfalls ganz wohl.

Herr Prof. **Ernst v. Fleischl** hält seinen angekündigten Vortrag über einen merkwürdigen physiologischen Zusammenhang zwischen Herz und Lunge. Zuerst wird durch ein paar einfache Versuche festgestellt, dass lufthaltiges Wasser unvergleichlich viel schneller und vollständiger im Vacuum entgast wird, wenn es kurz zuvor oder auch gleichzeitig durch einen Stoss erschüttert wird.

Aus dieser Erfahrung schliesst der Vortragende auf das Bestehen von zwei verschiedenen Arten der Bindung des Gases an sein Lösungsmittel, deren eine, entsprechend der Bestandform einer Lösung crystalloider Substanz, durch die erschütternde Wirkung des Stosses in die zweite Bestandform übergeführt wird, welche einer molecularen Mischung entspricht, in welcher die Gasmolekeln frei zwischen denen der Flüssigkeit liegen, durch keinerlei Kraft an sie gefesselt.

Sodann wird die Anschauung entwickelt, dass ein solcher Wandel in der Bestandform des kohlensäurehaltigen, venösen Blutes durch die Erschütterung herbeigeführt werde, welche das im rechten Ventrikel befindliche Blut zu Beginn der Systole durch die plötzliche Zusammenziehung der Herzwand erleidet. Die Kohlensäure wird dadurch für die Ausathmung in der Lunge insoferne vorbereitet, als nunmehr die Kraft, mit der sie in einer echten Lösung an die Flüssigkeit gebunden ist, nicht mehr überwunden zu werden braucht, sondern die Diffusion gegen die Alveolarluft mit jener grossen Geschwindigkeit vor sich gehen kann, welche man bei der Diffusion zweier freier Gase gegen einander kennt, im Gegensatze zu der Langsamkeit, mit der ein gelöstes Gas gegen ein freies diffundisirt. Eine solche Beschleunigung des Austrittes der Kohlensäure aus dem Blute ist ebenso nothwendig, wie die Beschleunigung des Eintrittes des Sauerstoffes in dasselbe, die eine Folge der Affinität des Oxygens zum Hämoglobin ist.

Zuletzt werden einige Argumente für die Richtigkeit dieser Anschauung entwickelt, welche zum Theil — wie das aus der

Anwesenheit des elastischen Bulbus arteriosus bei den Fischen abgeleitete — aus der vergleichenden Anatomie entnommen sind, theils auf physiologischen und pathologischen Betrachtungen beruhen, wie z. B. die an das Symptom der Cyanose geknüpfte Erörterung.

Wien, am 21. Jänner 1887.

Der Vorsitzende: Dr. Widerhofer.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 22. Jänner 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Dr. **Riehl.**

Herr Prof. **Störk** berichtet über einen Versuch von Intubation des Larynx.

Herr Dr. **Peters** demonstrirt ein neugeborenes Kind mit beiderseitigem Defecte des Radius und des Daumens.

Herr Dr. **Neusser** hält seinen angekündigten Vortrag über „Pellagra in Oesterreich und Rumänien". Herr Prof. Kaposi knüpft daran einige Bemerkungen.

Programm

für die am Freitag den 28. Jänner 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Exner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. **Kundrat**: Ueber Nasen- und Gesichtsspalten.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Rabl, Dr. Favarger, Dr. Grossmann.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

3. Februar 1887. Nr. 4.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 21. Jänner 1887. — Summarischer Bericht der Sitzung vom 28. Jänner 1887. — Programm der Sitzung am 4. Februar 1887.

Protokoll der Sitzung vom 21. Jänner 1887.

Vorsitzender: Herr Hofrath Prof. **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Docent Dr. **Riehl.**

Herr Prof. Dr. **Störk** demonstrirt eine circa 12 Mm. breite Kehlkopfröhre und eine zur Einführung derselben construirte Zange. St. erwähnt, dass die Einführung und das Verweilen der Röhre im Kehlkopfe auffallend leicht vertragen wurden.

Herr Dr. **Peters** demonstrirt ein neugeborenes Kind mit Defect des Radius und des Daumens beiderseits.

Herr Dr. E. **Neusser** hält seinen angekündigten Vortrag „Ueber Pellagra in Oesterreich und Rumänien".

N. hat über Auftrag des Unterrichtsministeriums eine Studienreise unternommen, um das Wesen der Pellagraerkrankung im österreichischen Friaul und in Rumänien wissenschaftlich zu erforschen und gibt heute eine gedrängte Mittheilung seiner Forschungsresultate. Er skizzirt vorerst die Geschichte dieser Krankheit und zählt die Namen auf, unter welchen sie beschrieben wurde. Die Bezeichnung Pellagra dürfte von pel agra, rauhe Haut, abzuleiten sein.

Aus den von N. gegebenen Daten über die Verbreitung dieser Krankheit geht hervor, dass die Race hier ohne Einfluss ist. Die häufigsten und schwersten Fälle hat er jedoch gerade bei den Italienern und Rumänen beobachtet. Kein Geschlecht und kein Lebensalter, vom Säuglings- bis in's Greisenalter, bleiben von der Krankheit verschont. Säuglinge werden jedoch nur äusserst selten und Kinder nicht häufig befallen. Die Heredität der Krankheit steht noch in Frage. Im Frühjahre exacerbiren die Symptome der Pellagra.

Eine verlässliche Statistik der Pellagrafälle fehlt bis dato, annähernd möchte N. anführen, dass unter 36.588 Einwohnern Friauls pro 1886, 1086, d. i. 3% pellagröser Individuen verzeichnet werden können; doch stellt sich das Verhältniss auf einzelne Ortschaften verschiedener Gemeindegebiete selbst auf 25% Pellagröser.

Die Krankheit charakterisirt sich durch eine Reihe abnormer Haut-, Darm- und Nervensymptome und gestaltet sich ihr klinischer Verlauf folgendermassen: Es treten zuerst Schwächezustände, Kopfschmerz, Schwindel, Rückenschmerzen, gastro-intestinale Störungen und gleichzeitig, zu Anfang des Frühjahres, in den meisten Fällen an entblössten Körperstellen, am häufigsten am Hand- und Fussrücken, Erytheme auf. Nach mehrmonatlicher Dauer gehen diese Erscheinungen unter gleichzeitiger Abschuppung der erythematösen Hautstellen zurück und die Krankheit ist scheinbar beendet. Allein im nächsten Frühjahre wiederholt sich die ganze Reihe von Erscheinungen, wobei einzelne sich schon intensiver gestalten. Die Schwäche nimmt zu, Cachexie stellt sich ein, die Zunge ist roth und trocken, die Diarrhöen steigern sich und es gesellen sich schon schwere Cerebrospinalsymptome hinzu: Geistesstörungen, häufig Krämpfe und Contracturen mit Muskelatrophie, sowie Sensibilitätsstörungen oder oft gehen die Kranken in dieser Periode durch Selbstmord oder unter typhösen oder meningealen Erscheinungen rasch zu Grunde.

Schreitet die Krankheit noch weiter fort, so entwickelt sich Herzschwäche mit ihren Consequenzen, der Marasmus steigert sich, Lähmung der Extremitäten und der Blase tritt auf und colliquative Diarrhöen, Hydrops und Uebergang der geistigen Störungen in terminalen Blödsinn beschliesst das tragische Bild.

Heilungen können in den Anfangsperioden nur dann erfolgen, wenn der Kranke den schädlichen Einflüssen durch Versetzung in günstigere Lebensbedingungen entzogen wird. Die Dauer der Krankheit ist sehr verschieden, zieht sich bis zu 10 und 15 Jahren und darüber hin.

N. bespricht die Reihenfolge der einzelnen wichtigen Symptome, gibt eine detaillirte Beschreibung derselben, wobei er namentlich die Veränderungen der Haut eingehend bespricht und hierbei negirt, dass es sich bei den in Rede stehenden Erythemen ausschliesslich um einfache Solarerytheme auf vulnerabler oder schlecht ernährter Haut handle. Er beobachtete, dass Individuen nach mehrwöchentlichem Spitalaufenthalte erst im Spitale von solchen Erythemen befallen wurden, und glaubt daher, dass hier neurotrophische Störungen im Spiele sind und dass der Sonne nur die Rolle einer Cauterisatio provocatoria zukomme. Von den gastro-intestinalen Symptomen heben wir hervor, dass N. an der

Zunge in den meisten Fällen die von den Franzosen beschriebenen tiefen Einkerbungen zwischen den Papillen fand, welche manchmal regelmässig wie die Felder eines Schachbrettes vertheilt waren und dass er diesem Aussehen der Zunge eine wichtige diagnostische Bedeutung zusprechen möchte.

Nach detaillirter Beschreibung der Resultate seiner Untersuchungen des Speichels, des Magensaftes und der Stühle der Pellagrösen kommt N. zu den Forschungen Cuboni's, der in den Stühlen Pellagröser und ausschliesslich in diesen eine einzige Art von Bacterien gefunden hat, deren biologische Eigenschaften zu dem Schlusse berechtigen, dass das in den Stühlen Pellagröser gefundene Bacterium mit dem von Majochi im verdorbenen Maise entdeckte Bacterium maidis identisch ist. Der einzige Organismus, der nach Cuboni das Maiskorn zersetzt, ist dieses Bacterium. In Polenta, die aus verdorbenen Maise bereitet wird, könne der Keim des Pilzes fortleben, welcher als die Ursache der Krankheit angesehen wird. Die Pellagra wäre somit nach Cuboni eine Darmmycose.

Aus den vorläufigen bacteriologischen Untersuchungen des Dr. Paltauf geht hervor, dass es mit der Existenz eines specifischen Bacillus im verdorbenen Maise wohl seine Richtigkeit habe, dass aber Cuboni's andere Behauptung bezüglich der Anwesenheit dieses Bacillus im Blute Pellagröser nicht erwiesen ist, indem die Reinculturen aus den diarrhoischen Stühlen aller im Görzer Spitale verpflegten Pellagrösen selbst bei sofortiger Untersuchung des ersten Stuhles bei Aufnahme in das Spital den Bacillus maidis nicht auffinden liessen, selbst in Fällen, in welchen sich die Patienten eingestandenermaassen nur von Polenta genährt haben. Nur bei einer Pellagrakranken fand Dr. Paltauf im Stuhle das B. maidis.

Das Blut und der Urin dieser Kranken boten nichts Besonderes dar. Der Gesichtsausdruck eines Pellagrösen ist recht charakteristisch und eigenthümlich. Die Krankheit verläuft, wenn uncomplicirt, fieberlos, doch scheint die Existenz einer speciellen typhoiden Pellagraform (Morselli) keinem Zweifel zu unterliegen. Diese Fälle erinnern an diejenigen von acutem febrilen Marasmus senilis (Bamberger) mit vollkommen negativem Obductionsbefunde.

Als Complicationen der Pellagra erwähnt N. den Alkoholismus, die Malaria und die Syphilis — letztere recht häufig in Rumänien.

Die Krankheit tritt unter folgenden Haupttypen auf: 1. Unter dem Bilde einer functionellen Geisteskrankheit; 2. einer amyotrophischen Lateralsclerose; 3. der Tetanie; 4. einer Meningitis; 5. der chronischen Gastroenteritis, folliculären Verschwärungen oder Dysenterie; 6. einer chronischen Degeneration der Organe

mit consecutiver Atrophie derselben; 7. einer essentiellen Cachexie, resp. Anämie; 8. des Morb. Addisonii; 9. einer reinen Dermatose, endlich 10. als Pellagra sine pellagra, indem andere pellagröse Symptome auftreten, bevor Hauterscheinungen sichtbar sind.

Redner theilt nun die pathologisch-anatomischen Befunde dieser Krankheit mit und geht auf das interessanteste Capitel, auf die Ergründung der Ursache derselben, über. Die Pellagra hängt, wie N. des Näheren ausführt, gewiss mit dem Genusse von Mais zusammen. Sie ist jedoch keine Darmmycose im Sinne Cuboni's, noch ist sie als Ergotinismus zu deuten, noch als Folge von Alkoholismus in Verbindung mit socialem Elend aufzufassen, noch als Cyan- oder Nitrilvergiftung, noch als chronische Vergiftung mit alkaloidartigen Ptomainen, somit nicht als Intoxication im eigentlichen Sinne des Wortes. Die Pellagra scheint ein Resultat der Wirkung zweier Factoren zu sein, von denen der eine in der verdorbenen Polenta selbst, der zweite in dem Zustande des Darmes des Polentaessers gesucht werden muss, oder mit anderen Worten gesagt: die Pellagra ist eine intestinale Autointoxication.

Der verdorbene Mais enthält an sich keine pellagrogenen Gifte, wohl aber Vorstufen, resp. Muttersubstanzen derselben. Bei normal fungirenden Verdauungsorganen werden diese Vorstufen verdaut oder ausgeschieden, ohne dem Organismus Schaden zu bereiten. Ist jedoch die Digestion — primär oder secundär — durch Dyspepsien oder Catarrhe, welche vielleicht bei kräftigen Individuen, wenn sie verdorbene Polenta geniessen, erst nach und nach sich entwickeln mögen, während sie bei Individuen, die durch Armuth, Elend, Inanition, Lactation, Blutungen, schwere Krankheiten herabgekommmen sind, leicht und manchmal acut zu Stande kommen — in der Weise gestört, dass die Verdauungssäfte quantitativ oder qualitativ verändert werden, oder dass abnorme Gährungsvorgänge im Darme Platz greifen, dann werden solche im verdorbenen Maise enthaltenen ungiftigen oder wenig schädlichen Vorstufen zu wahren und heftigen Giften umgestaltet; es träte somit in diesen Fällen eine intestinale Selbstvergiftung ein.

Die Umgestaltung solch ungiftiger Vorstufen in wirkliche Gifte könnte unter pathologischen Verhältnissen im Darme durch Oxydation oder Spaltung zu Stande kommen — was Redner des Näheren ausführt und durch mehrere treffende Beispiele aus der Chemie belegt.

Der Vortragende vergleicht die Pellagra mit Amygdalinvergiftung, um den chemischen Vorgang an einem bekannten Glucoside zu illustriren.

Was nun die von glaubwürdigen Autoren berichteten Fälle von Pellagra ohne Mais betrifft — und N. ist selbst der Ueberzeugung, dass Leute an Pellagra erkrankten, die niemals Mais

gegessen — so besteht erfahrungsgemäss ein Zusammenhang zwischen Schnaps und Pellagra und man könnte diesen Causalnexus dahin formuliren, dass nicht jeder, sondern nur der aus schlechtem Mais bereitete Schnaps der Träger des Pellagragiftes sei. Durch diese Annahme liessen sich die sporadischen Fälle jener Gegenden erklären, wo Mais weder angebaut noch gegessen wird.

Die Pellagra ist somit, nach Neusser, eine Systemerkrankung, bestehend in feineren Ernährungsstörungen im Bereiche des Sympathicus und der dazugehörigen centralen Nerven- und Gefässbahnen, hervorgerufen durch ein giftig wirkendes Princip, welches in seinen ungiftigen Vorstufen (resp. Muttersubstanzen) im verdorbenen Mais enthalten ist. Diese Vorstufen bilden sich im Maise wahrscheinlich nur unter dem Einflusse des Bacterium maidis und gehören vielleicht in die Gruppe der Glucoside oder Aldehydharze. Diese Vorstufen werden bei Prädisposition des Darmes, also im Darme von Pellagracandidaten, unter Abspaltung eines giftigen flüchtigen Kernes zersetzt und es tritt für diesen Fall eine intestinale Autointoxication ein. Diese Abspaltung kann unter Umständen in der Polenta vor sich gehen und auf diese Weise letztere entgiften.

Sie kann aber auch in der Schnaps-Destillirblase erfolgen und so das Destillat zum directen Träger des Pellagragiftes machen. In diesem Falle wäre Pellagra eine directe Intoxication, in allen anderen eine Auto-Intoxication.

N. entwickelt schliesslich die prophylactischen Maassnahmen gegen die Pellagra, die sich bereits empyrisch in anderen Ländern bewährt haben und deren Ausführung die Bekämpfung der Pellagra überhaupt und speciell in Oesterreich zum Zwecke hat. Es muss Jedermann, schliesst Redner, der mit offenen Augen die friaulische Ebene durchreist, die Ueberzeugung gewinnen, dass behufs Verbesserung der elenden Lage der dortigen Bevölkerung, die jetzt nur Hunger und Krankheit kennt, energische Massregeln ergriffen werden müssen, um das Volk vor einem sicheren Verfall zu retten.

Herr Prof. **Kaposi** dankt dem Vortragenden im Namen der Gesellschaft, zumal sich aus den Forschungen des Verfassers ergeben habe, dass die Pellagra als eigenartige Erkrankung wirklich existire, während andere endemisch vorkommende Krankheiten bei genauerer Betrachtung ihrer Eigenart verlustig geworden sind. K. bemerkt, dass bei dem Vorkommen sporadischer Fälle — von denen er einen aus der Wiener Klinik beobachteten und mehrere leichtere und schwerere (Scheiber, Bukarest etc.) erwähnt — bei Leuten, die nie Maismehl verzehrt haben, und auch dem Alkoholmissbrauch nicht ergeben waren, man annehmen müsse, .ss die Pellagra nicht blos durch Maisgenuss und Ptomaine,

sondern auch durch andere vom Mais unabhängige Ursachen entstehen könne. In Ungarn werde andererseits viel Kukurutz genossen und Pellagra komme nicht vor.

Herr Dr. **Neusser** verwahrt sich gegen die Supposition, Pellagra sei von ihm als Ptomainvergiftung bezeichnet worden. Ebenso habe er die Erytheme bei Säufern nicht für identisch mit Pellagraexanthem erklärt.

Zur Erzeugung der Pellagra durch Maisschnaps ist durchaus nicht Alkoholmissbrauch erforderlich, sondern es kann gelegentlich wiederholter Genuss von solchen Schnaps hinreichen, ähnlich wie in dem erwähnten Vergleichsbeispiele der Amygdalinvergiftung. Zugegeben, es kämen ähnliche Fälle ohne Genuss von Maispolenta, Maisbier, Maisschnaps, respective anderer Cerealien vor, so müsste man annehmen, dass im Organismus selbst sich aus dem Eiweiss ähnliche Gifte (Aldehyde?) abspalten können, wie dies z. B. von v. Jaksch bezüglich der Autointoxication mit Aceton nachgewiesen worden ist.

Bezüglich der Immunität gewisser Mais verzehrender Racen (Ungarn, Juden, Zigeuner) verweist N. auf das in seinem Beispiele von der Amygdalinvergiftung erwähnte Verhalten des Katzendarmes.

Wien, am 28. Jänner 1887.

Der Vorsitzende: Sigm. Exner.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 28. Jänner 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **S. Exner**.

Schriftführer: Herr Prof. Dr. **J. Csokor**.

Herr Dr. **J. Czyrniánski** demonstrirt einen Magenaspirator neuer Construction.

Herr Prof. Dr. **v. Schrötter** stellt einen Patienten vor mit angeborener Rechtslage des Herzens.

Herr Prof. Dr. **Grünfeld** berichtet über einen Tumor der Harnblase des Mannes, welcher auf endoskopischem Wege diagnosticirt und mit Hilfe des Endoskopes theilweise entfernt wurde.

Herr Prof. Dr. **Kundrat** hält seinen angekündigten Vortrag „Ueber Nasen- und Gesichtsspalten“.



Programm

für die am Freitag den 4. Februar 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. **Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. **Kundrat**: Ueber Gesichts- und Kieferspalten.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Rabl, Dr. Favarger, Dr. Grossmann.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

10. Februar 1887. Nr. 5.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 28. Jänner 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. S. Exner.

Schriftführer: Herr Prof. Dr. J. Csokor.

Herr Dr. Julian Czyrniánski, Secundararzt im k. k. allg. Krankenhaus, demonstrirt eine Magenaspirationspumpe. Der vorgestellte Apparat beruht auf dem Principe der pneumatischen Aspiration.

Er besteht aus drei Theilen: einer Flasche, einer Pumpvorrichtung und einer passenden Schlauchanordnung. Die Einrichtung der Flasche ist syphonähnlich, da das Einflussrohr (welches auch respective Ausflussrohr ist) an den Boden des Gefässes reicht. Durch ein kurzes Röhrchen ist die Flasche mit dem Pumpballon (mit zwei Kegelventilen) verbunden.

Der Ballon wirkt, je nachdem man ihn mit dem positiven (+) oder dem negativen (—) Ende wirken lässt, luftverdichtend oder luftverdünnend. Im ersten Falle drängt er gelinde das Spülwasser durch den Magenschlauch in den Magen — im zweiten hebt er es wieder gelinde aus dem Magen in die Flasche zurück.

Der Magenschlauch ist mit der Flasche durch Vermittlung eines Schaltschlauches verbunden, welcher bei der Speisung der Flasche behilflich ist. Ein zweiter Hilfsschlauch steckt in dem Wasserreservoir (Krug), an dessen Rand mit einer entsprechenden Klemme fixirt. Beide Hilfsschläuche und der Magenschlauch sind mit Ansatzstücken armirt.

Das jedesmalige Entleeren der Flasche bewerkstelligt man einfach durch Weggiessen.

Der Apparat ist auch als Aspirator zur Gewinnung von Untersuchungsmaterial gut zu verwenden. Bei Magenerweiterungen

soll man ihn auch zuerst als Aspirator (zur Entfernung des Gros der Magenrestanzen) und erst nachträglich als Waschpumpe anwenden.

Der dem Apparat zugehörende Magenschlauch hat ein sehr tief angebrachtes Fenster, wodurch die Magenentleerung immer eine complete sein kann.

Das Neue an dem Apparate ist eigentlich nur die zweckmässige Ausbeutung des pneumatischen Aspirationsprincipes. Er hat auch diesen Vortheil, dass die Saugkraft nie die Höhe von circa 120 Mm. Quecksilber, welche ganz ausreichend ist, übersteigen kann.

Herr Prof. **Schrötter** führt einen 22jährigen Mann vor, an dem er die Diagnose einer angebornen Dextrocardie in folgender Weise begründet:

Linkerseits kein Herzstoss, keine Herzdämpfung, an der rechten Seite des Sternums sehr deutliche Erschütterung der Brustwand, aber kein eigentlicher Spitzenstoss, ausgebreitete Dämpfung. Es sind von der linken Seite her keine Verdrängungsmomente nachzuweisen, ebensowenig an der rechten eine schrumpfende Schwiele an der Lunge oder Pleura. Da das Herz bei Lageveränderungen des Kranken in ganz exquisiter Weise beweglich ist, da bei tiefen Inspirationen des Kranken die Lunge sich deutlich über das Herz hereinschiebt, ist es auch nicht möglich, sich vorzustellen, dass das Herz durch eine Erkrankung der linken Seite nach rechts herübergeschoben worden und während der Rückbildung desselben an der rechten Seite fixirt worden sei.

Herr Doc. Dr. **Grünfeld** demonstrirt einen Fall von Tumor der Blase und berichtet zunächst, dass er auf endoskopischem Wege bei einer an Hämaturie leidenden Frau einen Blasentumor diagnosticirt und in derselben Weise mit Hilfe eines einfachen Schlingenschnürers vollständig entfernt habe. Die betreffende Person sei bis nun — es sind seither $1^1/_2$ Jahre verflossen — gesund geblieben. Einen zweiten Fall beobachtete er auf der Abtheilung des Prof. Salzer. Es handelte sich um hochgradige Cystitis bei einer sehr herabgekommenen Frau; mittelst des Endoskops wurde bei der ersten Untersuchung die Diagnose auf Blasentumor gestellt. Ein ebenso exstirpirtes Stück erwies sich mikroskopisch als Zottenkrebs. Der über taubeneigrosse Tumor wurde mittelst Schlinge successive vollständig entfernt. In gebessertem Zustande entlassen, starb die Frau fünf Monate später in ihrer Heimat. Der dritte hierhergehörige Fall betraf ein exulcerirtes Carcinom, das nicht zur Operation kam.

Die angeführten drei Fälle betrafen Frauenspersonen. Der heute vorzustellende Fall betrifft einen Mann, der mit hochgradiger




Cystitis behaftet ist. Mit der Steinsonde fühlt man weder einen Stein, noch einen Tumor. Bei der endoskopischen Untersuchung fand sich ein etwa nussgrosser, flacher Tumor an der unteren Blasenwand und ein kleinerer an der seitlichen Wand. Auffallend war die Erscheinung, dass der ganze Tumor mit Incrustationen bedeckt war. Im endoskopischen Bilde erschienen diese wie frisch gefallener Schnee. Dieselben wurden theils mechanisch mit Tampons, theils mit der endoskopischen Zange entfernt und nun konnte man den glatten, rundlichen, gelappten Tumor deutlicher sehen. Es gelang sofort, einige Stückchen mit der Schlinge zu entfernen, welche mikroskopisch untersucht als Papillom sich erwiesen. Ob nun der ganze Tumor auf endoskopischem Wege entfernt werden wird, oder ob dies mittelst Cystotomie erfolgen soll, hat G. sich noch nicht entschieden.

Schon bei der Publication des ersten Falles machte G. die Bemerkung, dass die Beobachtung, inclusive Operation, allerdings nur das Weib betraf, dass dies aber auch beim Manne gegebenen Falles sich unschwer ausführen lasse. Der heutige Fall beweist es zur Evidenz, dass die Grünfeld'schen endoskopischen Instrumente zur Diagnose von Blasenerkrankungen auch beim Manne ausreichen, ja dass dieselben noch den eminenten Vortheil haben, dass sie zu diagnostischen oder curativen Zwecken die partielle oder totale Exstirpation von Tumoren der Blase ermöglichen.

Herr Prof. Kundrat hält seinen angekündigten Vortrag über Gesichts- und Kieferspalten.

Wien, am 4. Februar 1887.

Der Vorsitzende: v. Bamberger.

Der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte wurden folgende Werke einverleibt:

Winternitz, Prof. Dr. W. Ueber wenig beachtete Wirkungen der hydriatischen Antipyrese. (Sep.-Abdr.).

— Zur Frage der Entfettungscuren. (Sep.-Abdr.).

— Schweinburg, J. Pollak und Utschik. Zur Pathologie und Hydrotherapie der Cholera. Leipzig und Wien 1887.

Reuss, Prof. Dr. A. v. Ophthalmologische Mittheilungen aus der zweiten Univ.-Klinik in Wien. II. Abtheilung. (Sep.-Abdr.). Wien und Leipzig 1886.

Dimmer, Dr. F. Der Augenspiegel und die ophthalmoskopische Diagnostik. Wien und Leipzig 1887.

Fellner, Dr. C. Chemische Untersuchung der Stadt Egerer Neuquelle zu Franzensbad. (Sep.-Abdr.). Wien 1886.

— Praktische Erfahrungen über die Hydrasis canadensis (Golden seal). (Sep.-Abdr.). Wien 1886.

Aerztlicher Bericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien v. J. 1885. (In duplo). Wien 1886.

Loebisch, Dr. W. F. Ueber die neueren Behandlungsweisen der Fettleibigkeit (Wiener Klinik). Wien 1887.

Ludwig, C. Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig. Jahrg. 1886. (Abdr.) Leipzig 1886.

Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft. Neun gemeinverständliche Vorträge. Wien 1887.

Bericht über den am 4., 5. und 6. October 1887 in Wien abgehaltenen ersten österreichischen Thierärztetag. Wien 1886.

Schefftel, N. Vorkommen, Gewinnung und Zubereitung des Asphalts. (Sep.-Abdr.) (In duplo.) Wien 1886.

Ebstein, Dr. W. La Goutte sa nature et son traitement. Introduction du professeur Charcot. Paris 1887.

Kreis, Dr. E. Ueber das Verhalten der Gonococcen zu den Thallinsalzen. (Sep.-Abdr.) 1887.

Dreiundzwanzigster med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern im J. 1885. Bern 1886.

Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens der Stadt Frankfurt. Frankfurt a. M. 1886.

Neukomm, Dr. M. Andermatt als Winter-Curort. Zürich 1887.

Moosen, Dr. A. Hauteinflüsse und Gesichtsstörungen. Wiesbaden 1884.

Michel, Dr. J. Lehrbuch der Augenheilkunde. Wiesbaden 1884.

Vocke, Dr. Die Zuckerkrankheit. Berlin, Neuwied a. R. 1887.

Falk, H. Die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser. Osterwieck-Harz 1886.

Wichmann, Dr. Rolf. Geschwulst und Höhlenbildung im Rückenmark. 8°. Stuttgart 1887.

Heger, Dr. H. Zeitschrift für Nahrungsmittel-Untersuchung und Hygiene. Wien 1887.

Auspitz, Heinrich (Doyon, Dr. A.). Pathologie et Therapeutique générales des Maladies de la Pear. Paris 1887.

Emery C., Mosso A., Prof. Archives italiennes de Biologie. Rome, Turin et Florence 1886.



Jacobelli, Prof. A. Parallelo tra il passato ed il pressente dell'atmiatria. Napoli 1886.

Maglieri, Dr. Carlo. Il Progesso Medico. 3 Hftc. Napoli 1887.

Proceedings of the American Pharmaceutical Association. Philadelphia 1886.

Annual Report of the Board of Regents of the Smithsonian institution for the year 1884. 1 Bd. 8°. Washington 1885.

ЖУРНАЛЪ. 1. Bd. 8°. Petersburg 1887.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 4. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. Bamberger.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. Bergmeister.

Der Vorsitzende macht die Versammlung aufmerksam, dass **die Vorschläge zur Neuwahl von Mitgliedern bis Ende Februar d. J. beim Secretariate einzureichen sind.**

Als Rechnungs-Censoren schlägt der Verwaltungsrath die Herren Dr. Polansky, Prof. Dittel und Primar. Englisch vor. Wird bestätigt.

Herr Prof. Störk stellt einen Fall vor und demonstrirt einen neuen Beleuchtungsapparat.

Herr Doc. Dr. Schlesinger stellt ein 25jähriges Mädchen mit congenitalem Mangel der Vagina vor.

Herr Prof. Kundrat setzt seinen in der vorigen Sitzung begonnenen Vortrag fort.



Programm

für die am Freitag den 11. Februar 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Professor L. **Mauthner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **Kaposi**: Demonstration eines Falles von Mykosis fungoides.
2. Herr Dr. J. **Rabl**: Ueber Lues congenita tarda.

Herr Prof. Kundrat wird seinen Vortrag über die Gesichtsspalten in einer der folgenden Sitzungen beenden.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Favarger, Dr. Grossmann, Hofrath Meynert.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

17. Februar 1887. Nr. 6.

Anzeiger
der
k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 4. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. **Bamberger.**
Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Prof. **Störk** stellte jenen Kranken wieder vor, den er im Vereine mit Dr. Gersuny vor mehr als zwei Jahren wegen eines mikroskopisch genau constatirten Larynxcarcinoms operirte. Es wurde damals eine totale Larynxexstirpation vorgenommen und wurde durch Erhaltung des hinteren äusseren Larynx und durch Erhaltung der ganzen Schleimhaut, welche die Arcaden und das Ligamentum epiglottideo pharyngeum bildet — eine künstliche Glottis gebildet.

Damals war diese Glottis begrenzt vorne von der erhalten gebliebenen Epiglottis und von rückwärts her durch die obenerwähnte hintere äussere Larynxwand.

Gegenwärtig haben sich die Verhältnisse insoweit verändert, dass diese jetzige Glottis sagittal steht, was durch die stärkere Contraction der erhalten gebliebenen Musculatur erreicht wurde. Patient hat vor der Versammlung ganz laut, wenn auch mit rauher Stimme, gesprochen, Patient trägt die Canüle Tag und Nacht stets verschlossen, isst und trinkt ohne Anstand, Patient sieht sehr gut genährt aus und hat laut seiner Angabe an Gewicht bedeutend zugenommen. Ferner hat Prof. Störk an dem vorgestellten Kranken eine neue elektrische Beleuchtungsmethode demonstrirt, eine sehr bequeme Vorrichtung, indem gleich am Kehlkopfspiegel ein Glühlämpchen derart befestigt ist, dass der Kehlkopfspiegel beleuchtet und von hier das Licht in den Kehlkopf hinabgeworfen wird. Zum Glühlämpchen bedarf man weiter keines besonderen Apparates, jeder gewöhnliche galvano-caustische Apparat genügt, um das Lämpchen zum Glühen zu bringen.

Herr Doc. Dr. Schlesinger stellt einen Fall von mit Erfolg operirter angeborener Atresia vaginae vor.

Herr Prof. Kundrat setzt seinen Vortrag: Ueber Gesichtsspalten fort.

Wien, am 11. Februar 1887.

Der Vorsitzende: Sigm. Exner.

Der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte wurden folgende Werke einverleibt:

Schrötter, Prof. L. v. Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. 1. Lief. Wien 1887.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1885, bearbeitet von den DDr. Sedlaczek und Löwy.

Statistische Daten über die Stadt Wien für das Jahr 1885.

Verwaltungs-Bericht der Stadt Wien für das Jahr 1885. Vorgelegt vom Bürgermeister Eduard Uhl.

Fifteenth annual report of the local gouvernment board 1885—86. London 1886.

Summarischer Ausweis über die im Jahre 1886 mittelst der Interessen des Dr. Friedinger'schen Unterstützungsfonds. Wien 1887.

Angeschafft wurden:

Therapeutische Monatshefte, herausgegeben von Dr. Oscar Liebreich.

Humboldt, Monatsschrift für die gesammten Naturwissenschaften, herausgegeben von Dr. Otto Dammer.

Zeitschrift für Nahrungsmittel-Untersuchung und Hygiene, herausgegeben und revidirt von Dr. Hans Heger. Wien 1887. 1. Jahrg.

Burgerstein, Dr. L. Die Gesundheitspflege in der Mittelschule. Wien 1887.

Orth, Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 1. Band. Berlin 1887.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 11. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. S. Exner.

Schriftführer: Herr Dr. Rich. Paltauf.

Da Dr. Pollanski die Stelle eines Censors abgelehnt hat, so wird auf Vorschlag des Verwaltungsrathes Herr Dr. Teleky als solcher gewählt.

Herr Prof. Kaposi theilt schriftlich mit, dass er durch eine fieberhafte Erkrankung des vorzustellenden Kranken verhindert sei, die angekündigte Demonstration zu halten.

Herr Dr. M. Mátray demonstrirt ein Präparat von filamentöser Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel von einem Manne, bei welchen ein eigenthümliches hohes musikalisches exspiratorisch-systolisches Pfeifen die Diagnose der filamentösen Verwachsung auf Grund zweier früherer derartiger Beobachtungen ermöglichte.

Herr kais. Rath. Dr. Rabl hält seinen angekündigten Vortrag über Syphilis congenita tarda.

Programm

für die am Freitag den 18. Februar 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofrathes Prof. Widerhofer stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Dr. F. Hochstetter: Demonstration von Präparaten über das Vorkommen von Klappen an den Magenvenen.
2. Herr Dr. H. Favarger: Ueber die chronische Tabak-Vergiftung und ihren Einfluss auf Herz und Magen.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: Die k. k. Gesellschaft der Aerzte. — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. E. Albert.
Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

24. Februar 1887. Nr. 7.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 11. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. S. Exner.

Schriftführer: Herr Dr. Rich. Paltauf.

Herr Dr. **Mátray**, Secundararzt der Abtheilung des Prof. Drasche, berichtet unter gleichzeitiger Demonstration des Präparates über einen Fall von filamentöser Herzbeutelverwachsung, bei welchem die Diagnose durch ein, wie M. glaubt, wohlcharakterisirtes, seltenes, auscultatorisches Phänomen ermöglicht wurde.

Der Fall betraf den 29jährigen, kräftig constituirten Finanzwach-Oberaufseher J. S., welcher vom 14. Jänner bis zum 6. Februar d. J. mit Zeichen der Nierenatrophie und einer secundären chronischen Pericarditis auf der genannten Abtheilung in Behandlung stand. Die Herztöne waren rein. Diastolischer Halsvenencollaps und systolische Einziehung der Herzspitzengegend waren nicht vorhanden. Ueber der linken Thoraxhälfte vorne und hinten, mit der Maximalintensität in den 5. bis 7. Intercostalräumen zwischen linker Papillar- und vorderer Axillarlinie, war zeitweise, scheinbar irregulär intermittirend, ein dem systolischen Herztone anhängendes, scharf abgegrenztes, ziemlich hohes, gleichmässiges, musikalisches Pfeifen hörbar. Bei ausgiebigen respiratorischen Excursionen zeigte sich das Pfeifen an die Exspirationsphase gebunden und war am lautesten in der exspiratorischen Suspension der Athmung. Das Pfeifen war längere Zeit in gleicher Weise zu constatiren und schien in dem Maasse schwächer hörbar zu werden, als die Herzdämpfung und die allgemeinen Stauungserscheinungen zunahmen. Am 27. Jänner verstummte dasselbe vollkommen, um nicht mehr gehört zu werden. Unter Erscheinungen der chronischen Urämie und der zunehmenden Herzschwäche starb der Kranke am 6. Februar d. J.

Zwei hierher zu rechnende, gleichfalls auf Prof. Drasche's Abtheilung im Laufe des letzten Jahres gemachte Beobachtungen, ermöglichten M. die Diagnose von filamentöser Herzbeutelverwachsung. Die Obduction ergab im Herzbeutel etwa einen Liter serös-fibrinösen Exsudates, alveolirt-zottige fibrinöse dichte festhaftende Auflagerungen am Epicard, von der vorderen Herzfläche zwei 3 Cm. lange, fädige Stränge zum Herzbeutel ziehend, welche mit demselben zähen fibrinösen Exsudate bedeckt scheinen. In der Mitte des äusseren Umfanges des Herzens, sowohl rechts wie links, je ein ähnlich beschaffener Strang. Desgleichen einer über der Pulmonalis. Allenthalben zarte Klappen, normal weite Ostien und normale Verhältnisse an den grossen Gefässen.

Die Obduction besorgte Herr Dr. Kolisko, das Präparat, welches demonstrirt wurde, stellte Herr Prof. Kundrat freundlichst zur Verfügung.

M. lässt die Frage offen, ob ein oder mehrere Filamente das musikalische Pfeifen hervorbrachten. Angenommen, es wäre eines von jenen gewesen, welche sich von der Herzwand nach links hin an das Pericardium parietale anheften. Letzteres kann man als nahezu unverrückbar und zum Theil vielleicht durch den intrapericardialen Exsudatdruck, zum Theil vielleicht durch die active Retraction der angrenzenden linken Lunge — im Sinne Gerhardt's, Lichtheim's und Rosenbach's in starke Spannung versetzt denken. Diese musste durch den elastischen Zug der exspiratorisch sich verkleinernden Lunge und durch den diastolischen intrapericardialen Druckzuwachs so gesteigert werden, dass sie ihr Maximum erreichte, während der exspiratorischen Suspension und unmittelbar vor Beginn der Kammersystole. Das Hinabgleiten des Herzens in toto, die leichte Drehung des linken Herzrandes um die Längenaxe nach rechts und die Verkürzung des transversalen Herzdurchmessers bewirkten nunmehr in der Systole synergistisch eine rasche kräftige Anspannung des Sehnenfadens und dessen exspiratorisch-systolisches Erklingen. Möglich wäre es auch, dass die plötzliche systolische Niveauveränderung des Ergusses den ad maximum gespannten Faden in Vibrationen versetzte. Das schliessliche Verstummen des Pfeifens erklärt M. aus der mächtigen Zunahme des Exsudats und durch die sinkende Herzenergie.

M. vindicirt diesen Auseinandersetzungen nur den Werth eines Erklärungsversuches, glaubt jedoch als sicher annehmen zu dürfen, dass das beschriebene Symptom auf die filamentösen Verbindungen zurückzuführen sei.

Herr Dr. J. Rabl: Ueber Lues congenita tarda. Der Einfluss der Syphilis der Eltern auf die Nachkommen ist grösser, als man gewöhnlich glaubt, und mancher für scrophulös oder tuberculös ge-

haltene Fall verdankt der elterlichen Syphilis seinen Ursprung. Ja, es ist wahrscheinlich, dass in vielen Fällen der Abstammung schwächlicher oder scrophulöser Kinder von kräftigen Eltern weder hereditäre Belastung mit Tuberculose, noch irgend eines der anderen bekannten ätiologischen Momente für die Erklärung der Schwächlichkeit oder Scrophulose nachgewiesen werden kann, Lues der Eltern im Spiele ist. R. erzählt zur Illustration des Gesagten Beispiele aus seiner Praxis.

Unter Lues congenita tarda sensu strictiori ist angeborene Syphilis zu verstehen, deren erste Erscheinungen nicht vor Vollendung des ersten Lebensjahres auftreten, und R. hat auch bei den 127 Fällen seiner Beobachtung, auf denen seine Arbeit fusst, diese strengere Grenze gezogen. Auf diese Beobachtungen, unter denen sich drei Kinder von Aerzten, die, weil sie früher Syphilis hatten, ihre besorgte Aufmerksamkeit auf jedes beim Kinde auftretende Symptom verwendeten, und solche Fälle befinden, die der Vortragende selbst vom zartesten Alter an kennt, gründet er seine unbedingte Bejahung der Frage über die Existenz der Lues congenita tarda sensu strictiori. Er verkennt aber nicht die Bedenken, die sich der Richtigkeit jeder grösseren Statistik in dieser Hinsicht entgegenstellen, weil es in praxi zumeist sehr schwer, ja oft ganz unmöglich ist, den Zeitpunkt des Auftretens der ersten Symptome festzustellen. Daher, und weil andererseits die späteren Formen gar kein Merkmal davon zeigen, ob ihnen Symptome in der Säuglingsperiode vorausgegangen sind oder nicht, empfiehlt er, den Rahmen des Begriffes in Zukunft weiter zu fassen und die Lues congenita tarda sensu latiori anzunehmen.

R. versucht als Anregung weiterer Studien in dieser Richtung eine Hypothese zur Erklärung der Lues congenita tarda. Dieselbe basirt auf dem bacillären Ursprunge der Syphilis überhaupt. Bei der gewöhnlichen angeborenen Syphilis werden die reichlich im elterlichen Körper vorhandenen Lueskeime auf die Frucht übertragen und tödten diese entweder schon früh im Mutterleibe, oder erzeugen die Symptome der zur Welt gebrachten oder bald nach der Geburt erscheinenden Lues congenita — nur zeit- und gradweise Unterschiede. — Es kann aber geschehen, dass die elterliche Lues im Latenzstadium ist, und nur minimale Mengen eines abgeschwächten Contagiums, oder, was wahrscheinlicher, einer Dauerform desselben übertragen werden, die dann im kindlichen Organismus gerade nicht zu Grunde geht, sondern doch später irgendwo die Bedingungen zur Vermehrung und zur Erzeugung jener Vorgänge finden, die uns als Lues cong. tarda begegnen. Es ist endlich möglich, dass das in das Kind übergegangene Contagium überhaupt niemals mehr zur vollen Entwicklung kommt und keine luetischen Vorgänge,

sondern nur eine allgemeine Schwächlichkeit und die Disposi tion zur Scrophulose und Tuberculose erzeugt.

Für diese Annahmen sprechen klinische Belege, von denen ein charakteristischer Fall angeführt wird.

R. widmet eine eingehendere Besprechung den Beziehungen der Scrophulose und Tuberculose zur Lues cong. tarda; besonders dem Zusammentreffen 1. zweifellos cong. luetischer und ebenso zweifellos scrophuloser, resp. tuberculöser Formen an einem und demselben Individuum; 2. utraquistischer Formen neben scrophulösen an scrophulösen Individuen. Er bespricht den Werth des Schlusses ex juvantibus et nocentibus für die Diagnose zweifelhafter Formen und erörtert, dass und warum positive Heilerfolge der specifischen Behandlung zwar beweisend sind für die luetische Natur der Krankheit, negative aber keinen Beweis gegen dieselbe abgeben können und spricht gegen Fournier's Unterscheidung von Lésions specifiques, durch die Therapie bewiesen und Lésions banales, weil bei ihnen die Therapie im Stiche lässt.

Bezüglich des Zeitpunktes des Auftretens der ersten Zeichen der Lues cong. tarda herrscht irrthümlicherweise die Meinung, dass derselbe vorwaltend in die Geschlechtsentwicklung falle. R. hat sein Materiale graphisch dargestellt. Daraus ergiebt sich, dass bis zum 8. Jahre wenige Fälle vorkommen, von da an steigt aber die Curve rasch, erreicht im 12. Jahre ihre höchste Erhebung und fällt dann mit Ausnahme einer kleinen Erhebung im 16. Jahre rasch ab; in den 5 Jahren vom 8. bis inclusive 12. Jahre kamen 50 Fälle, vom 13. bis inclusive 17. Jahre nur 44 Fälle vor. R. hat als höchstes Alter beim Erscheinen der Lues cong. tarda das 28. Lebensjahr verzeichnet. Bezüglich der Geschlechter zeigt sich eine Verschiedenheit, indem beim weiblichen die höchste Erhebung der Curve allerdings auf das 13. Jahr kommt, während beim männlichen das 8. und 12. Jahr die gleichen höchsten Zahlen aufweisen; doch ist auch hier bei den Mädchen wahrzunehmen, dass je 4 Jahre vom 9., inclusive 12 Jahre und vom 13., incl. 16. Jahre die gleiche Krankenzahl, je 23, aufweisen. Man muss also auf Grund dieser Tabellen sagen, dass im Allgemeinen nicht sowohl die Pubertätszeit als vielmehr die Zeit der Körperentwicklung vom 8., inclusive 18. Jahre der Entstehung der Lues cong. tarda förderlich ist. Wenn man aber die einzelnen häufigeren Formen in's Auge fasst, kann beim weiblichen Geschlechte der Einfluss der Geschlechtsreifung nicht in Abrede gestellt werden, der sowohl bei den Augenleiden, noch mehr aber bei den Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden besonders sichtbar ist, indem von den letzteren 13 von 28 Fällen, also fast die Hälfte auf die Jahre 13, incl. 15 treffen. Die grosse Mehrzahl der am häufigsten vor-

kommenden Knochenleiden trat dagegen auch bei den Mädchen vor dem 13. Jahre auf.

Die Formen, in denen die Lues cong. tarda zur Beobachtung kam, waren:

Knochen- und Gelenksleiden bei . . .	32 männl.	33 weibl.	= 65	Kranken
Augenleiden bei . .	22 „	28 „	= 50	„
Nasen-, Rachen- und Gaumenleiden bei .	21 „	28 „	= 49	„
Gummen und Geschwüre bei . . .	8 „	12 „	= 20	„
Drüsenleiden bei . .	3 „	6 „	= 9	„
Viscerallues bei . .	4 „	4 „	= 8	„
Leiden des Gehörorganes bei . . .	5 „	4 „	= 9	„

Eine geringe Mehrzahl der Kranken litt an zwei oder mehreren dieser Formen; immerhin aber ist es beachtenswerth, dass nicht weniger als 53 unter 127 Kranken während des Verlaufes ihres bisherigen Lebens nur eine einzige Form darboten.

Die Knochen- und Gelenksleiden kamen am öftesten vor, und zwar als einzige Form bei 21, mit anderen combinirt bei 44 Kranken. Sie betrafen 51, 18% aller Fälle. In 74% aller Fälle war das Schienbein betheiligt und fünf Sechstel derselben betrafen beide Schienbeine. Bei den meisten betraf der Process die Diaphyse, diesen zunächst die obere und nur ganz selten die untere Epiphyse. R. bespricht nun die vorkommenden Formen des Processes vom klinischen Standpunkte und macht unter Anderen auf jene Form der cong. l. Osteomyelitis der oberen Schienbeinepiphyse aufmerksam, welche schliesslich zur Bildung einer die fast ganze Epiphyse einnehmenden Höhle führt, in der sich oft, aber nicht constant, ein Sequester befindet, dessen Grösse nicht im Verhältnisse zur Höhle steht. R. ist erst in neuerer Zeit auf den Zusammenhang solcher Fälle mit Lues congentia aufmerksam geworden und empfiehlt bei dem Vorkommen derselben stets die Anamnese quoad parentes zu erforschen. Er macht ferners darauf aufmerksam, dass ihm einige Male in zweifellos congenital luetischen Fällen periostale Gummen am oberen äusseren Augenbogen als einziges c. l. Knochenleiden vorkamen, während er dieselbe Form bei unzweifelhaft scrophulosen Kranken, bei denen ja Caries und Necrose des Jochbeins so häufig nicht beobachten konnte. Diese Thatsache steht mit der Seltenheit tuberculöser und der Häufigkeit syphilitischer Processe an den Schädelknochen im Zusammenhange.

Bezüglich der c. l. Gelenksleiden, speciell der Gonitis serosa sagt R., dass sie zumeist durch die Affection der betreffenden

Knochen hervorgebracht werden; einfachen Hydrops genu ohne vorhergegangene Entzündungserscheinungen hat R. niemals beobachtet. Bei Besprechung der Beziehung der Syphilis cong. tarda zur Rhachitis, welche sich bisweilen nach dem Säuglingsalter entwickelt, spricht sich R. auf Grund seiner Erfahrungen, von denen er einige Beispiele anführt, mit Fournier dahin aus, dass, wenn auch nicht jede Rhachitis auf luetischer Basis beruhe, doch nicht selten ein Zusammenhang der Lues cong. mit Rhachitis nachweisbar sei.

Die Augenleiden ex lues cong. tarda kamen in 50 Fällen, 22 männlichen und 28 weiblichen, zur Beobachtung, und zwar bei 13 Kranken als einzige Form, bei 37 in Combination mit anderen Formen vor. Keratitis parenchym. 43 unter 50 Fällen = 86% ist auch nach des Vortragenden Beobachtung der Hauptrepräsentant der Augenleiden in Folge von Lues cong. tarda, eine Aeusserung der Syphilis, die vorwiegend der Congenita tarda zukommt. Nur bei 4 Kranken kam sie einseitig vor. Sie gehört an sich wohl zu den utraquistischen Formen, da sie bisweilen ohne andere luetische Zeichen neben entschieden scrophulosen und tuberculösen Formen gefunden wird und hier nur als Theilerscheinung des scrophulosen Processes angesehen werden darf. Dass sie aber vorwaltend durch Lues congenita bedingt werde, beweist ausser den zahlreichen Beobachtungen, welche von Hutchinson an bis auf die Arbeit Leplat's veröffentlicht wurden, noch R.'s Beobachtung, dass von den 13 Fällen von Keratitis par., die ihm im vergangenen Jahre vorkamen, nicht weniger als 10 sicher luetischen Ursprunges waren.

R. bespricht die Hutchinson'sche Trias und meint, dass die Taubheit in Folge der L. c. tarda wahrscheinlich von einer der Keratitis ähnlichen parenchymatösen Entzündung im Labyrinth bewirkt werde.

Der Hutchinson'schen Trias wäre nach R. auch noch die Ozaena zuzugesellen, da sie bei 25% aller Fälle von Keratitis vorhanden war.

Da die vorgerückte Zeit dem Vortragenden nicht mehr gestattet, auf die anderen Formen, besonders auf die C. l.-Leiden der Nase, des Rachens und des Gaumens und auf die C. l.-Visceralsyphilis einzugehen, erwähnt er bezüglich der letzteren nur die Beziehung der essentiellen Kinderlähmung zur Lues congenita und beschreibt schliesslich eine Form des gummösen Processes, den er bei mehreren Kranken mit L. c. tarda beobachtete, bezüglich weiterer Details und der Beantwortung der Fragen nach der Vererbbarkeit der Lues cong. und der Immunität gegen syphilitische Ansteckung auf die ausführliche Publication seiner Arbeit.

Wien, am 18. Februar 1887.

Der Vorsitzende: Prof. Dr. Widerhofer.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 18. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. Dr. **Widerhofer.**
Schriftführer: Herr Dr. G. **Riehl.**

Herr Dr. **Hochenegg** stellt einen Fall von Syndactylie vor.

Herr Prof. **Exner** fügt daran einige Bemerkungen über das sogenannte „Verschauen“.

Herr Dr. F. **Salzer** jun. demonstrirt einen Fall von Lungentuberculose.

Herr Dr. F. **Hochstetter** demonstrirt Injectionspräparate, welche zeigen, dass die Venen des Magens jugendlicher Individuen Klappen besitzen.

Herr Dr. **Favarger** hält seinen angekündigten Vortrag über die chronische Tabakvergiftung und ihren Einfluss auf Herz und Magen.

Die P. T. Herren Mitglieder werden nochmals aufmerksam gemacht, dass die Vorschläge zur Aufnahme neuer Mitglieder bis Ende dieses Monates zu erstatten sind.

Programm

der am Freitag den 25. Februar 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Exner** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Dr. M. **Grossmann**, über das Muscarin-Lungenödem. Beitrag zur Lehre vom acuten allgemeinen Lungenödem (Experimental-Untersuchung aus dem Laboratorium v. Basch).

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Kaposi, Prof. Benedikt, Prof. Meynert.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

3. März 1887. Nr. 8.

Anzeiger
der
k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 18. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. Dr. **Widerhofer**.
Schriftführer: Herr Dr. **G. Riehl**.

Herr Dr. **Julius Hochenegg**, Assistent der I. chir. Klinik des Prof. Albert, demonstrirt einen fünf Monate alten Knaben, welcher mit folgender Verbildung beider Hände geboren wurde:

Die rechte weniger missgestaltete Hand zeigt eine partielle häutige Verwachsung zwischen der zweiten und dritten Phalange des Gold- und Mittelfingers, der Raum zwischen der Interdigitalfalte und der circa $^1/_2$ Cm. breiten Hautbrücke ist normal gebildet. Sonst ist die rechte Hand normal.

Viel hochgradiger verbildet ist die linke Hand, zuerst zeigt der kleine Finger an seiner Basis eine tiefe, narbenähnliche Einziehung und ist knapp ober der Digitalfalte durch eine schmale Hautbrücke noch im Bereiche beider Grundphalangen mit der Grundphalange des Goldfingers verwachsen. Zwischen dieser Hautbrücke und der Interdigitalfalte markirt ein kleines Grübchen und ein für eine feine Sonde durchgängiger Canal die Grenze. Eine breite Hautbrücke verbindet die radiale Seite des Goldfingers mit der ulnaren Seite des Mittelfingers und wieder besteht hier eine Lücke zwischen den Grundphalangen.

Der Mittelfinger ist mit dem Zeigefinger von seiner Basis an bis gegen die Endphalange häutig verwachsen und ein kleines nicht permeables Grübchen documentirt auch hier die ehemalige Trennung.

Daumen, Zeigefinger, Mittel- und Goldfinger sind ulnarwärts häutig mit einander verwachsen.

Unter dieser letzteren Verbindung geht ein allseits mit Haut überzogener Canal vom Dorsum gegen die Vola.

Dr. Hochenegg deutet diesen seltenen Fall von Syndactylie so, dass durch Amnionfäden die schon getrennt gewesenen Finger gegen einander gezogen und intrauterin wieder zusammen verwachsen sind.

Ausserdem zeigt das im Uebrigen normale Kind eine congenitale Luxation des Radius im rechten Ellbogengelenke nach vorne.

Herr Prof. Dr. **Exner** knüpft hieran Bemerkungen über das sogenannte „Verschauen".

Herr Dr. **Fritz Salzer** stellt einen Fall von Zungentuberculose von der Klinik Billroth vor. Bei einer 30jährigen Taglöhnerin A. G. aus Mähren entstand im August 1886 ein Geschwür am rechten Zungenrande, das sich allmälig ausbreitend derzeit über die ganze Oberfläche der vorderen zwei Dritttheile der Zunge bis an den Rand der Schleimhaut des Mundbodens erstreckt. Am Tage der Aufnahme war die erkrankte Zungenpartie graugelb belegt. Nach Abspülen des Belages zeigt es sich, dass das torpide Geschwür trotz seiner grossen Ausdehnung nur einen ganz oberflächlichen, seichten Substanzverlust verursacht. Die Ränder sind morsch, leicht zerreisslich. In den schmalen Leisten, die im Geschwürsgrunde flache Grübchen trennen, erkennt man vereinzelte miliare Knötchen. Die Kranke, welche über die Schmerzhaftigkeit der im Ganzen etwas geschwollenen, infiltrirten Zunge klagt, hat bereits seit zwei Monaten Entzündung der Lymphdrüsen unter dem Kinne und überdies Infiltration und Catarrh der rechten Lungenspitze.

In der Anamnese der hereditär belasteten Kranken ist bemerkenswerth, dass ihr zweitältestes Kind im Winter 1885/6 an einer Ulceration zu Grunde ging, die vier Wochen vor dem Tode an der Gingiva des Unterkiefers begann, und allmälig auf die Unterlippe übergreifend, diese vollkommen zerstörte. Das Kind war zur Zeit seiner Erkrankung längst der Mutterbrust entwöhnt, in der Weise ernährt worden, dass die Mutter die Nahrung mit dem Löffel einflösste. Wenn der Beweis eines Causalnexus zwischen dem Ulcerationsprocess an dem Kinde und dem der Mutter auch nicht zu erbringen ist, so dürfte doch bei dem hohen Grade der Infectionsfähigkeit der Tuberculose der Mundschleimhaut die Möglichkeit einer directen Uebertragung mittelst des Löffels zu erwägen sein. Die Mutter bemerkte übrigens ihre Erkrankung erst einige Monate nach dem Tode des Kindes.

Bezüglich der bacteriologischen Untersuchung der Tuberculose der Zunge und der Lippen erwähnt S., dass man der diagnostischen Excision leicht entbehren könne. Der Belag des Geschwüres eigne sich zwar auch nicht zur Untersuchung, da in ihm unter der enormen Anzahl von Bacterien nur spärliche oder gar keine

Tuberkelbacillen zu finden seien. Wenn man aber das Geschwür so lange reinigt, bis man auf eben necrotisirendes Gewebe kommt und nun von dem morschen Geschwürsgrund oder -Rand ein kleines Partikelchen mit der Sonde abschabt, so kann man in den daraus gefertigten Quetschpräparaten stets eine colossale Anzahl von Stäbchen nachweisen; eine grössere Menge als in den überdies schwieriger darzustellenden Schnittpräparaten aus den tiefen Gewebspartien.

Herr Dr. **F. Hochstetter** demonstrirt Veneninjectionspräparate vom Magen.

Es galt bis jetzt als eine feststehende Thatsache, dass die Pfortader und ihre Verzweigungen beim Menschen vollständig klappenlos seien, es stellte sich nun heraus, dass dies wenigstens für die Magenverzweigungen der Pfortader nicht richtig ist. Schon vor längerer Zeit war es mir aufgefallen, dass die venöse Injection kindlicher Mägen selten vollständig gelang, ohne dass ich in der Lage war, einen Grund für diese Erscheinung zu finden. Eine vor Kurzem mit meinem Collegen Drd. med. Jos. Haidenthaler wegen einer Varietät der Vena coronaria ventriculi ausgeführte Pfortaderinjection bei einem Kinde lehrte uns, dass der Grund der stets ungünstigen Injectionsergebnisse in dem Vorhandensein von Klappen zu suchen sei.

Ich untersuchte eine grosse Anzahl Mägen aus den verschiedensten Altersperioden auf das Vorkommen von Klappen in den Magenvenen und bin auf Grund dieser Untersuchungen folgendes auszusagen und durch Präparate zu illustriren im Stande:

Beim Neugeborenen und auch noch einige Zeit nach der Geburt finden sich an den Einmündungsstellen sämmtlicher Zweigchen der Venae gastero-epiploicae sowie in den Venae gastricae breves sufficiente Klappen vor, welche den Rückfluss des venösen Blutes gegen den Magen und gegen das grosse Netz hin verhindern können. Auch an den Zweigchen der Vena coronaria ventriculi findet man ab und zu eine oder die andere Klappe, constant finden sich jedoch Klappen nur in dem obersten Zweige, gegen die Cardia hin.

Mit zunehmendem Alter werden die Klappen allmälig insufficient, und zwar zunächst in den Zweigen der Vena gastero-epiploica in der Nähe des Pylorus, am allerspätesten die an den Einmündungsstellen der Venen des grossen Netzes gelegenen.

Die Klappen selbst sind genau gebildet wie die Klappen an den Körpervenen, nur sind sie viel zarter und zerreissen ungemein leicht und darin mag auch der Grund für ihr Insufficientwerden liegen.

Verfolgt man die Veränderungen, wie sie sich an den Klappen bei zunehmendem Alter geltend machen, so findet man

dass die Klappen allmälig immer schmäler und schmäler werden und schliesslich nur mehr einen feinen bogenförmigen Saum darstellen, der aber endlich auch vollkommen verschwindet.

Herr Dr. **Favarger** hält seinen angekündigten Vortrag über die chronische Tabakvergiftung und ihren Einfluss auf das Herz und den Magen.

Der Vortragende erklärt, dass sich seine Beobachtungen auf das unmässige Rauchen von Cigarren und Cigarretten, sowie auf die Erscheinungen der chronischen Tabakintoxication beziehen. Die chemischen Untersuchungen der Tabaksorten auf ihren Nicotingehalt ergeben (nach Kissling) für den Havannatabak 2%, Virginier 4·78%, für den französischen Tabak, Departement Lot, 7·96% Nicotin. Der Tabakrauch enthält: Kohlenoxyd, Schwefelwasserstoff, Cyanwasserstoff, Pyridinbasen und Nicotin, die physiologische Wirkung der vier erstgenannten Stoffe ist noch nicht genügend erforscht. Ueber das Aroma des Tabakes hat A. Haid in Hainburg in den Jahren 1865—1867 chemische Untersuchungen ausgeführt, das Resultat aber nicht veröffentlicht.

Ueber die physiologische Wirkung des Nicotins ist durch zahlreiche Experimental-Untersuchungen erwiesen, dass es auf das Centralnervensystem, die intramusculären Nerven, den Sympathicus, die Ganglien, das Herzgefässsystem, den Magen, Darm und auf die Iris, theils erregend, theils lähmend wirkt. Chemischer Nachweis in verschiedenen Organen und flüssigen Ausscheidungen.

Die chronische Tabakvergiftung wird gewöhnlich erst bei längerer Dauer beachtet und erkannt. Tabakmissbrauch führt meistens erst nach Jahrzehnten, frühestens nach 20 Jahren zu ernsten Erkrankungen.

Die Symptome des Nicotismus sind bei leichter Erkrankung: Herzklopfen, Appetitmangel, Kratzen im Schlunde, Würgen, Schmerz im Epigastrium, gestörter Schlaf u. s. w., können sich steigern zu gänzlicher Schlaflosigkeit, Ohnmachtsanfällen, Herzschwäche, in den schwersten Fällen: Asthma cardiale, Stupor, Sopor, in einzelnen Fällen Tod unter paralytischen Erscheinungen Seitens der Lungen und des Herzens, oder durch Magenblutung.

Die physikalische Untersuchung des Herzens bei Nicotismus chronicus ergibt entweder negativen Befund oder ähnliche Befunde wie bei chronischer Myocarditis und Fettdegeneration des Herzmuskels.

Die Untersuchung des Magens und Darmes ergibt meistens Verdauungsstörungen ohne bestimmte charakteristische Erscheinungen, in einzelnen Fällen Hämatemesis und Melaena.

Die Diagnose ist nur dann mit Sicherheit auf Nicotismus zu stellen, wenn durch Abstinenz von Tabakgenuss alle genannten

Erscheinungen aufhören, sehr häufig ist nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich.

Ein Fall mit letalem Ausgang und Sectionsbefund wird genauer besprochen. Ein Patient, über 60 Jahre alt, starker Raucher, erkrankte plötzlich, nachdem Jahrelang leichtere Symptome des Nicotismus bestanden hatten und nach Genuss mehrerer Havannacigarren unter Erscheinungen des Asthma cardiale, besonders auffallende Symptome: Abnorm hohe Frequenz des Pulses, bis 180 Schläge in der Minute, auffallend niedere Körpertemperatur, bis 34·6° C., und Myosis, alle drei genannten Symptome bestanden Wochenlang. Tod durch innere Blutung. Sectionsbefund: Hochgradige, gleichmässige Verfettung des ganzen Herzens, chronisches Magengeschwür am Pylorus, an dessen Grund die Art. coron. ventr. d. eröffnet ist. Unmittelbare Todesursache: Innere Verblutung nach dem Darmcanal.

Da früher keine Blutungen stattgefunden hatten, keine Anämie bestanden hatte, ferner Alkoholismus, Atherom und Marasmus senilis auszuschliessen sind, dagegen positive Erscheinungen von Vergiftung durch ein narcotisches Alkaloid bestanden, welches in diesem Falle nur Nicotin, respective Tabak gewesen sein kann, sind die beobachteten Erscheinungen auf Nicotismus zurückzuführen. Der Symptomencomplex und pathologisch-anatomische Befund zeigen viel Analogie mit den Erscheinungen bei Sclerose der Coronararterien des Herzens, sind auch auf dieselben Ursachen zurückzuführen, nämlich Ischämie des Herzens, bei Sclerose mechanisch durch Verengerung in Folge von Texturveränderungen der Kranzarterien des Herzens, bei Nicotismus functionell durch Gefässkrampf der Coronararterien des Herzens bedingt. In letzter Linie ist überhaupt Sauerstoffmangel die Ursache der Verfettung des Herzmuskels.

Möglicherweise findet auch eine Einwirkung des Nicotins direct auf die Muskelsubstanz des Herzens statt. Die Wirkung der anderen Giftstoffe, der Pyridinbasen etc. auf das Herz sind zu wenig erforscht.

Das Ulcus rotundum ventriculi kann secundär durch die Circulationsstörungen in Folge der Herzerkrankung entstanden sein, es ist aber auch die Möglichkeit einer directen Einwirkung des Tabaks auf den Magen nicht auszuschliessen. Vielleicht spielen auch die Pyridinbasen bei der Magenerkrankung eine Rolle.

Die Therapie besteht in absoluter oder zeitweiliger Abstinenz von Tabakgenuss, gegen die intercurrenten acuten Intoxicationen Antidote: Tannin, Jodkalium, Atropin, Amylnitrit, im Uebrigen symptomatisch.

Wien, am 25. Februar 1887.

Der Vorsitzende: Prof. Dr. Sigm. Exner.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 25. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **S. Exner.**
Schriftführer: Herr Prof. Dr. **J. Csokor.**

Herr Doc. Dr. **Schiff** demonstrirt einen Fall von Knötcheneruption bei einem Kinde.

Herr Prof. Dr. **Weinlechner** stellt zwei Patienten vor, den einen mit geheiltem falschen Gelenk am rechten Oberarm, den zweiten mit einer Balggeschwulst am Kopfe.

Herr Prof. Dr. **Kaposi** demonstrirt einige Fälle von Lepra.

Herr Dr. **M. Grossmann** hält seinen angekündigten Vortrag über das Muscarin-Lungenödem.

Programm

der am Freitag den 4. März 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath **v. Bamberger** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

*Administrative Sitzung.**)

Verhandlung über den Antrag des Herrn Dr. Königstein zur Wahlreform.

Wissenschaftliche Sitzung.

1. Herr Dr. **M. Grossmann**: Fortsetzung des Vortrages: Ueber das Muscarin-Lungenödem.
2. Herr Prof. **Benedikt**: Demonstration.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Kaposi, Prof. Meynert, Dr. Hillischer.

*) Zu welcher nur die Mitglieder Zutritt haben.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

10. März 1887. Nr. 9.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 25. Februar 1887. — Summarischer Bericht der Sitzung vom 4. März 1887. — Programm der Sitzung am 11. März 1887.

Protokoll der Sitzung vom 25. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **S. Exner.**
Schriftführer: Herr Prof. Dr. **J. Csokor.**

Herr Docent Dr. **E. Schiff** stellt ein einjähriges, ziemlich gut genährtes Kind vor, welches vor drei Wochen, als es zuerst in seine Beobachtung kam, an beiden unteren Extremitäten bis zum Kreuzbein heraufreichend eine Eruption von zahlreichen lichten, über das Niveau der Haut kaum erhobenen, stecknadelkopfgrossen Knötchen zeigte, von denen jedes distinct wahrnehmbar und mit perlmutterartig glänzenden Schüppchen versehen war. Die Affection soll angeblich seit drei Monaten bestehen und graduell immer zugenommen haben. Die verordneten Bäder und Seifenwaschungen haben nunmehr das ursprüngliche Bild bedeutend alterirt. Obwohl demnach der klinische Verlauf dagegen zu sprechen scheint, kann S. seine ursprüngliche Auffassung der Affection, wonach es sich um einen Lichen ruber planus handeln würde, nicht ganz fallen lassen und möchte diese Dermatose jedenfalls in die Reihe der unter Lichen ruber benannten Formen eingereiht wissen.

Herr Prof. **Weinlechner** stellte einen 30 Jahre alten Knecht vor, bei welchem er eine Pseudarthrose des rechten Oberarmes vollkommen geheilt hatte; derselbe fiel am 1. April 1886 vom Wagen und brach sich den rechten Oberarm. Trotz viermonatlicher Spitalsbehandlung, während welcher Gypsverbände in Anwendung kamen, trat keine knöcherne Vereinigung ein und Patient wurde, da er zu keiner Operation sich entschliessen konnte, mit einem Stützapparate entlassen.

Als derselbe am 4. September 1886 auf W.'s Abtheilung aufgenommen wurde, fand sich die rechte Oberextremität abge-

magert, zwischen dem mittleren und unteren Drittheile des Oberarmes bestand eine Pseudarthrose, die Fragmente verliefen in der Richtung von aussen oben nach innen unten, die Länge der schiefen Bruchfläche betrug circa 7 Cm. Am 11. September 1886, fünf Monate neun Tage nach stattgehabter Fractur vollzog W. während der Esmarch'schen Blutleere folgende Operation, er führte in der Bruchrichtung einen Schnitt durch die Weichtheile, 12 Cm. lang; nach Durchtrennung des Triceps wurden die Bruchenden blossgelegt und hierbei die Zwischenlagerung von Weichtheilen als Ursache der Pseudarthrose gefunden. Der Nervus radialis war ebenfalls oben eingeklemmt, dieser Nerv wurde über das Ende des unteren Bruchstückes hinübergezogen, hierauf wurden die Bruchflächen von den zwischengelagerten Weichtheilen befreit und dieselben durch drei mittelst Aneurysmennadeln herumgeführte und zusammengedrehte Eisendrahtschlingen fest aneinander gedrückt. Die Drahtenden wurden herausgeleitet, ein Jodoformgazeverband angelegt und der Arm selbst auf einer Winkelschiene gelagert. Der Wundverlauf war günstig unter nur geringem Fieber.

Erst nach der Operation wurde man der Lähmung des Nervus radialis gewahr, die jedoch in Folge der stattgehabten Einklemmung zwischen den Bruchstücken entstanden und seit der Verletzung bestanden haben muss. Der Kranke selbst hat angegeben, dass er seit dem Gypsverbande das Herabhängen der Hand bemerkt hätte. Es war bereits Entartungsreaction da; gegen die Radialislähmung wurde nun der faradische, wie galvanische Strom, ebenso die Massage ohne sonderlichen Erfolg angewendet.

Am 66. Tage nach der Operation wurden die drei Drähte entfernt, indem sie auf eine Hohlsonde geladen wurden, auf dieser ein Meissel vorgeschoben wurde, mittelst welchem sie, während man durch ein Häkchen die Drahtschlinge anzog und fixirte, durchstossen wurden.

Nach Entfernung der Drähte stellte sich heraus, dass der Knochenbruch noch nicht vollkommen consolidirt war. Erst fünf Monate nach der Operation trat Festigkeit derart ein, dass nicht die mindeste Beweglichkeit mehr stattfand. Um diese Zeit war auch die Weichtheilenwunde nach Abstossung eines Knochensplitters vollkommen geheilt, der Arm blieb in dem Ellenbogengelenke etwas contrahirt. Die Verkürzung des Oberarmes beträgt 1 Cm.; die Nervenlähmung besserte sich noch weiterhin etwas, der Kranke erhielt für die Hand eine Unterstützungsschiene, welche ihm die Verwendung der Finger beim Beugen und Erfassen erleichtert.

Die hier angewendete Methode der Knochenvereinigung mittelst mehrerer Eisendrahtschlingen hat den Vortheil, dass die Bruchstücke völlig unverrückt aneinander gehalten werden und zugleich die Zwischenlagerung von Weichtheilen unmöglich gemacht

wird. Von der Knochensubstanz kann ausserdem hierbei nichts verloren gehen, weil die zwischengelagerten Weichtheile einfach abgelöst werden.

Hierauf demonstrirte W. einen Kranken, bei welchem er eine am behaarten Theile des Schädels aufsitzende Balggeschwulst mit Salpetersäure behandelt hatte, und erzählte, wie er auf diese Methode gekommen sei. Vor etwa 20 Jahren nämlich wurde er von einem Herrn ersucht, ihm seine Balggeschwulst am Kopfe nach einer Methode zu operiren, wie sie eine Kurpfuscherin in einer Provinzial-Hauptstadt übe. Aus der Beschreibung ersah W., dass diese Methode in einer Aetzung mit rauchender Salpetersäure bestehen müsse. W. hat nun die besagte Balggeschwulst strichförmig zu wiederholten Malen geätzt, bis eine lichtbräunliche Färbung auftrat, zum Zeichen, dass die Haut in toto verschorft war. Nach 1—2maliger Cauterisation schrumpft der Balg zusammen und fällt endlich sammt der verschorften Haut aus der sich von ihm retrahirenden und hinter ihm sich schliessenden gesunden Hautbedeckung als kleiner Knopf heraus. Diese spontane Abstossung währt 6—8 Wochen. W. hat späterhin dieses Verfahren des Oefteren geübt, es aber zur Beschleunigung der Heilung vorgezogen, den schrumpfenden Balg nicht der spontanen Ausstossung zu überlassen, sondern ihn früher mit einem stumpfen Instrumente herauszuhebeln.

Wiewohl diese Methode keineswegs als ein Normalverfahren hingestellt werden darf, kann sie doch bei messerscheuen Kranken die freilich promptere und reinlichere blutige Ausschälung ersetzen.

Es war W. vom Anfang nicht wahrscheinlich, dass diese Methode von einem Kurpfuscher ersonnen worden sei. Kürzlich kam nun W. mit einem Herrn zusammen, der auf diese Weise operirt worden war. Dieser, voll Lobes über diese Operationsmethode, theilte W. mit, dass dieselbe der Familie der Volksheilkünstlerin von einem französischen Arzte, der derselben anderweitig verpflichtet war, aus Dankbarkeit gelehrt wurde. Thatsächlich geht auch aus der Literatur hervor, dass die französischen Chirurgen früher mit Vorliebe Atherome, Dermoidcysten und ähnliche Geschwülste, auch Echinococcus der Leber mit Aetzmitteln behandelten.

Herr Prof. **Kaposi** demonstrirt drei Fälle von Lepra. Der eine betrifft eine junge Dame aus Reval (Esthland), wo Lepra endemisch vorkommt. Dieselbe hat eine sogenannte Kleinknötchenform, wie sie bereits im Hebra-Kaposi'schen Lehrbuche beschrieben waren, welche einem syphilitischen papulösen Exanthem exquisit ähnlich ist. Nicht nur die Kleinheit der Knötchen und die Localisation, sondern auch die eigenthümliche Art der Involution machen den Eindruck eines papulösen, nach der Peripherie

serpiginös fortschreitenden Syphilids. Aber die diffuse, glänzende Beschaffenheit der Haut an Stellen, wo keine Knötchen vorhanden sind, wie an der Flachhand, beweist, dass es sich nicht um Lues handelt.

Im zweiten Falle handelt es sich um die tuberöse Form der Lepra. Der morose Gesichtsausdruck, bedingt durch Zusammengedrängtsein der Knötchen über den Augenbrauen, die Verdickung der Nase, der Augenlider, des Gesichtes, das wie gefirnisst aussieht, bieten ein typisches Bild dar. Die Erkrankung betrifft hier den ganzen Körper. Die Patientin ist in Galizien geboren und kam erst in ihrem zehnten Lebensjahre nach Calcutta, woselbst sie geheiratet und zwei Graviditäten durchgemacht hat. Die Anästhesien, die Patientin hatte, haben sich während der Seefahrt verloren, dagegen sind Parästhesien vorhanden. Schleimhautaffectionen wurden nicht beobachtet.

Der dritte Fall betrifft einen bereits im Jahre 1885 der Gesellschaft vorgestellten Mann, bei dem nun ein Zustand eingetreten ist, den man als lepröse Cachexie bezeichnen kann. Dieser Patient zeigt auch Knoten in der Sclera und im Corpus ciliare und eine totale Trübung der Cornea mit nahezu vollständiger Erblindung.

Ueber die Augenaffectionen bei Lepra liegt eine demnächst erscheinende Arbeit von Böckmann vor, welcher angibt, dass Augenaffectionen bei Lepra ziemlich häufig sind, und zwar kommen bei der tuberösen Form Knötchen und eine Art Keratitis vor, die als punktirt und fleckig bezeichnet wird. Um diese Keratitis zu hemmen, schlägt Böckmann vor, die Keratomie vorzunehmen und so eine Narbe zn bilden, die vielleicht dem Fortschreiten der Bacillen Einhalt thun soll. Bei diesem Patienten wurde dieser Rath befolgt, dennoch ist die Trübung fortgeschritten.

Bei der maculösen Form kommt nur in der oberen Hälfte eine diffuse Trübung vor, die als Trophoneurose zu deuten ist, in der unteren Hälfte ist die Trübung als mechanisch entstanden, in Folge der ungenügenden Bedeckung durch das untere Augenlid, zu betrachten.

Bezüglich der Aetiologie der Lepra bemerkt der Vortragende, dass zwar durch die Entdeckung des Leprabacillus die Lepra als eine Infectionskrankheit gekennzeichnet ist, dass jedoch die Frage der Ansteckungsfähigkeit der Lepra noch nicht entschieden ist. Die klinischen Erfahrungen sind im Grossen und Ganzen nicht günstig für die Annahme einer Contagiosität.

Hierauf hält Herr Dr. Grossmann seinen angekündigten Vortrag über das Muscarin-Lungenödem.

Wien, am 4. März 1887.

Der Vorsitzende: Hofr. v. Bamberger.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 4. März 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. Bamberger.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. Bergmeister.

I. Administrative Sitzung.

Herr Prof. Kundrat verliest eine Zuschrift des Präsidiums des Abgeordnetenhauses, worin die k. k. Gesellschaft der Aerzte zur Theilnahme an der zur Vorberathung über den Antrag des Abgeordneten Dr. Roser, wegen Errichtung eines Gesundheitsamtes in Oesterreich zu veranstaltenden Expertise, und zwar zur Entsendung eines Delegirten in diese Expertise aufgefordert wird.

Die Versammlung wählt den Herrn Präsidenten Hofrath v. Bamberger einstimmig zum Delegirten der Gesellschaft für diese Expertise.

Herr Prof. Kundrat verliest die Wahlvorschläge.

Der Herr Oekonom Dr. Spitzmüller verliest den Rechenschaftsbericht.

Der Präsident spricht dem Oekonomen im Namen der Gesellschaft den Dank für seine Mühewaltung aus.

Als Scrutatoren für die Wahlen in der Hauptversammlung wurden die Herren Prof. Reuss, Rabl, Spitzmüller und Englisch gewählt.

Verhandlung über einen Antrag des Herrn Dr. Königstein und Consorten bezugs Abänderung des Wahlmodus. Der Antrag wird vom Antragsteller zurückgezogen.

II. Wissenschaftliche Sitzung.

Herr Dr. Burn macht eine vorläufige Mittheilung über den Einfluss allgemeiner Körpermassage auf die Harnsecretion.

Herr Prof. Benedikt demonstrirt einige Apparate.

Herr Dr. Grossmann setzt seinen Vortrag über das Muscarin-Lungenödem fort.

Der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte wurden folgende Spenden einverleibt:

Seegen, Prof. Dr. J. Studium über Stoffwechsel im Thierkörper. Mit 2 lithogr. Tafeln. Berlin 1887.

Kaposi, Prof. Dr. M. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 3. Auflage. Erste und zweite Hälfte. Wien 1886.

Lang, Prof. Dr. E. Das venerische Geschwür. Wiesbaden 1887.

Rokitansky, Prof. Dr. C. v. Aerztlicher Bericht des Maria-Theresia-Frauen-Hosp. v. J. 1886. (Sep.-Abdr.)

Weichselbaum, Prof. Dr. A. Der gegenwärtige Stand der Bacteriologie etc. Wien 1877.

Uherek, Dr. Die functionellen Neurosen beim weiblichen Geschlecht etc. Berlin 1887.

Credé, Prof. Dr. S. Gesunde und kranke Wöchnerinnen. Leipzig 1886.

Ewich, Dr. Ueber den andauernden Gebrauch alkalischer Mineralwässer. Köln 1887.

Schmidt, Dr. J. Die Querexcision der Fusswurzelknochen. Mit 4 Tafeln. Köln 1886.

Bardenheuer, Prof. Osteoplastische Resection des Manubrium sterni. Mit 10 Tafeln. Köln 1887.

Il progresso medico etc. Anno 1. Num. 1, 2, 3, 4. Neapel 1887.

Bulletin de la société des médecins et naturalistes de Jassy. 1. Année, Nr. 1. Jassy 1887.

Bolletino delle cliniche. Anno 4. Num. 2. Milano 1887.

Unger Vetlesen. Om dilatatio ventriculi. Kristiania 1887.



Programm

der am Freitag den 11. März 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Mauthner** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **v. Dittel**: Elektro-endoscopische Instrumente und Apparate für die Harnröhre, Blase und andere Körperhöhlen, neu construirt von Herrn Leiter.
2. Herr Prof. **Kaposi**: Ueber Mycosis fungoides und das Verhältniss derselben zur Sarcomatosis cutis.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Meynert, Dr. Hillischer.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

17. März 1887. Nr. 10.

Anzeiger
der
k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 4. März 1887. — Summarischer Bericht der Sitzung vom 11. März 1887. — Programm der Sitzung am 18. März 1887.

Protokoll der Sitzung vom 4. März 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. **Bamberger**.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister**.

Herr Dr. **A. Bum** macht folgende vorläufige Mittheilung: Er hat im Laboratorium des Prof. v. Basch und mit dessen Unterstützung eine Studie über den Einfluss der Massage auf die Nierensecretion begonnen. Die Versuche wurden an curarisirten Hunden in der Weise angestellt, dass der Harn aus den Ureteren in ein Messgefäss abfloss, wobei die Geschwindigkeit des Harnstromes graphisch dargestellt wurde. Hierbei ergab sich in 16 Thierversuchen, dass die Harnsecretion durch die Massage (es wurden beide Hinterbeine gleichzeitig massirt) ausnahmslos mehr minder beträchtlich vermehrt wurde. Die Vermehrung der Harnsecretion durch Massage war in Versuchen, in welchen grössere Mengen physiologischer Kochsalzlösung in eine Vene infundirt wurden, noch auffallender. Eine ausführliche, mit Zahlen belegte Mittheilung dieser Versuche wird später erfolgen und behält sich Redner die Publicirung zum Theil bereits begonnener, aber noch nicht abgeschlossener Versuche vor, die zur Erklärung dieser Erscheinung beitragen sollen.

Herr Prof. **Benedikt** demonstrirt die Feder, welche Zabludowski für Patienten, die an Schreiberkrampf leiden, construirt hat. Während das Bracelette von Nussbaum die Kranken zwingt in einer Abductionsstellung der Finger den mechanischen Federapparat festzuhalten, wird bei Zabludowski's Apparat derselbe mittelst Adduction fixirt, freilich in einer sehr glücklichen Form. B. hat nun durch einen technisch unbedeutenden Kunstgriff, nämlich durch Herumlegen eines elastischen, leicht zu fixirenden Bändchens um die

Finger und dem Fixationsmechanismus von Zabludowski bewirkt, dass die Muskelaction ausgeschlossen ist. Das ist vom pathologischen Standpunkte sehr wesentlich, weil beim Schreiberkrampf immer alle Muskeln in den Process hineingezogen werden, die in Anspruch genommen werden und weil nur der Apparat auch bei Lähmung und Contractur der Fingermuskeln verwerthet werden kann. Die Feder ist bei Wolters, Mechaniker, Wien, Kärntnerstrasse, zu haben.

Zunächst demonstrirt B. eine Collection von Krystallmodellen, die er vom anatomischen Institute in Christiania durch dessen Vorstand Prof. Jacob Heiberg zum Geschenke erhalten hat. Es sind dies jene Formen, welche Hennum bei seinen Druckversuchen an elastischen Kugeln erhalten und deren hohe Bedeutung für eine wirklich wissenschaftliche Morphologie B. im vorigen Jahre bereits betont hat. B. überlässt diese Sammlung dem embryologischen Institute.

Weiters zeigt B. seinen neuen Kraniofixator, der natürlich auch für eine grosse Reihe anderer biologischer Objecte dienen kann. Dabei macht B. darauf aufmerksam, dass die erste Aufgabe einer wissenschaftlichen Morphologie sei, für jedes Object die natürlichen Projectionsebenen und Projectionsaxen zu finden. Es sei ein historischer Zufall, dass die fundamentale Bedeutung dieses Problems zuerst an einem so complicirten Objecte, wie der Schädel erkannt wurde. Es gebe viel dankbarere organische Objecte. Naturgemäss hätte die mathematische Morphologie zunächst von dem mathematischen Studium der Früchte ausgehen sollen. Ueber die natürlichen Axen und Projectionsebenen, z. B. einer Nuss, eines Apfels kann bei einem geometrisch geschulten Auge kein Zweifel sein. Zudem sei das Problem, die Gestalt dieser Objecte in eine mathematische Formel zu bringen, gewiss heute für Mathematiker kein allzuschwieriges.

Viel complicirter wäre schon die Formel für die Gestalt eines aufgeblasenen Darmstückes mit seiner — von Stelle zu Stelle wechselnden — gekrümmten Axe, und seiner gewiss nicht einfachen Peripherie seines Querschnittes. Dazu komme noch, dass man alle Curven bei verschiedenem Grade der Aufblähung, also mit fortwährend veränderlichen Radien, studiren müsse.

Die mathematische Formulirung schon einer Wurst wäre daher keine leichte, aber eine sehr wichtige biomechanische Leistung (Autorreferat).

Herr Dr. **Michael Grossmann** setzt seinen Vortrag über das „Muscarin-Lungenödem" fort und fasst das Ergebniss seiner Versuche, die er über diesen Gegenstand nahezu drei Jahre hindurch im Laboratorium von Basch durchgeführt hat, in folgende Sätze zusammen:

1. Das durch Muscarin erzeugte Lungenödem ist ein Stauungsödem.

2. Diese Stauung äussert sich in einer Erhöhung des Blutdruckes in den Venen, im rechten Vorhofe in der Arteria pulmonalis und im Absinken des Druckes in der Aorta.

3. Die Stauung entsteht durch einen Spasmus der Herzmusculatur, der im linken Herzen im höheren Grade zum Ausdrucke gelangt, als im rechten.

4. Das Atropin und die Reizung der Nervi accelerantes heben das durch Muscarin hervorgerufene Lungenödem wieder auf.

Wien, am 11. März 1887.

Der Vorsitzende: Prof. L. Mauthner.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 11. März 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. **Rich. Paltauf.**

Am Beginn der Sitzung gedenkt der Vorsitzende in einigen Worten des Verlustes, den die k. k. Gesellschaft der Aerzte durch den Tod ihres Ehrenpräsidenten Herrn Hofr. v. Arlt erlitten hat.

Herr Prof. **Basch** theilt die Resultate seiner Untersuchungen über die Art der Compensation der Mitralinsufficienz mit und demonstrirt seine hierzu verwendete Versuchs-Anordnung.

Herr Dr. **Gärtner** macht eine vorläufige Mittheilung über Kreislaufversuche an der Niere und anderen Organen.

Herr Prof. **Dittel** hält seinen angekündigten Vortrag über die von Herrn Leiter neu construirten elektro-endoskopischen Instrumente und Apparate für die Harnröhre, Blase und andere Körperhöhlen, die er im Verein mit Herrn Leiter demonstrirt.



Programm

der am Freitag den 18. März 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. **Bamberger** stattfindenden feierlichen Jahressitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Wahl der Vorsitzenden, Schriftführer und neuen Mitglieder.*)
2. Nekrolog für den Ehren-Präsidenten der Gesellschaft, Hofrath v. Arlt, gehalten von Dr. **Bergmeister.**
3. Bericht des Secretärs und des Bibliothekars.
4. Festvortrag. Herr Hofrath **Meynert**: Ueber die Mechanik der progressiven Paralyse der Irren.

*) Die Wahlzettel werden im Lesezimmer von 7 bis 8 Uhr von den Scrutatoren in Empfang genommen. — Nur die mit dem „Anzeiger" versendeten Blanquette sind für die Wahl giltig. Solche Wahlzettel liegen auch im Lesezimmer auf.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

31. März 1887. Nr. 11.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 11. März 1887. — Summarischer Bericht über die feierliche Jahressitzung vom 18. März 1887. — Programm der Sitzung am 1. April 1887.

Protokoll der Sitzung vom 11. März 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. **Rich. Paltauf.**

Herr Doc. Dr. **G. Gärtner** macht folgende vorläufige Mittheilung: C. Ludwig hat die Contraction der Nierenblutgefässe, welche bei Reizung der Oblongata eintritt, durch directe Inspection der Niere beobachtet. Allein die Erscheinung ist schwer zu controliren. G. gelang es überhaupt nicht, dieselbe mit Sicherheit wahrnehmen zu können.

Man kann aber die Zusammenziehung der Nierengefässe sehr leicht nachweisen und demonstriren, wenn man in die Nierenvene eine Canüle mit Ausflussrohr einbindet und die Menge des ausfliessenden Blutes controlirt. Bei der Erstickung der Thiere (es wurde an Hunden experimentirt) nimmt der Blutstrom in demselben Maasse ab, als der arterielle Blutdruck ansteigt. Zuweilen kommt 1—$1^1/_2$ Minuten lang nicht ein Tropfen zum Vorschein.

Ganz entgegengesetzt verhält sich bei demselben Eingriff der Blutstrom in der Vena cruralis. Je höher der Druck, desto rascher der Ausfluss.

Es ergab sich ausserdem, dass aus der Nierenvene in gleicher Zeit mehr Blut hervorströmt, als aus der Vena cruralis. Die Durchschneidung des Nervus ischiadicus hat eine colossale Beschleunigung des Blutstromes in der Schenkelvene zur Folge.

In analoger Weise lassen sich die Kreislaufsverhältnisse verschiedener Organe gesondert prüfen. Der Vortragende hat im Vereine mit Herrn Doc. Dr. J. Wagner die Circulation im Gehirne zum Gegenstande einer Untersuchung gemacht, über welche demnächst berichtet werden wird.

Herr Prof. v. **Basch** knüpft an die Demonstration eines Modells, das den Compensationsmechanismus bei der Mitralinsufficienz veranschaulicht, die Bemerkung, dass seiner Meinung nach die bisherige Theorie der Compensation, bei welcher auf die Hypertrophie des rechten Ventrikel das Hauptgewicht gelegt wird, nicht aufrecht zu erhalten sei, dass vielmehr der Grad der Compensation zumeist von der Thätigkeit des linken Ventrikels, namentlich aber von dem Verhalten des Atrioventricularringes abhängt.

Herr Prof. **Dittel** hielt hierauf seine angekündigte Demonstration neuer endoskopischer Apparate ab.

Wien, am 18. März 1887.

Der Vorsitzende: Hofr. v. Bamberger.

Summarischer Bericht über die feierliche Jahressitzung vom 18. März 1887.

Vorsitzender: Herr Präsident Hofr. v. **Bamberger**.
Schriftführer: Herr Dr. **Bergmeister**.

Herr Dr. **Bergmeister** hält die Gedächtnissrede auf weil. Hofrath v. Arlt.

Herr Secretär Prof. **Kundrat** verliest den Jahresbericht.

Herr Dr. **Hajek** erstattet den Bibliotheksbericht.

Herr Hofr. **Meynert** hält den Fest-Vortrag über progressive Paralyse der Irren.



Programm

der am Freitag den 1. April 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. **Bamberger** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Prof. **Kaposi**: Ueber Mycosis fungoides und deren Beziehungen zu anderen ähnlichen Processen.
2. Herr Prof. **Dittel**: Chirurgische Mittheilungen.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

7. April 1887. Nr. 12.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der feierlichen Jahressitzung vom 18. März 1887.— Summarischer Bericht über die Sitzung vom 1. April 1887. — Programm der Sitzung am 15. April 1887.

Protokoll der feierlichen Jahressitzung vom 18. März 1887.

Vorsitzender: Herr Präsident Hofr. v. **Bamberger.**
Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Dr. **Bergmeister** hält die Gedächtnissrede auf weiland Hofrath von Arlt:

Hochansehnliche Versammlung!
Verehrte Herren!

Es ist eine alt hergebrachte schöne Sitte, dass wir in feierlicher Sitzung Rückschau haltend Jener stets gedenken, welche uns im abgelaufenen Gesellschaftsjahre durch die Hand des Todes für immerdar entrissen wurden.

Ernst tritt auch heute diese Pflicht an uns heran. Wenige Tage sind verstrichen, dass wir einen, den wir mit Stolz den Unseren genannt, zur letzten Ruhestätte geleitet haben.

Vor Jahresfrist weilte er noch in unserer Mitte, in ungebrochener Kraft hereinragend aus einer Zeit, an welche sich für uns die goldene Erinnerung knüpft an die ruhmvolle Vergangenheit der Schule, aus der wir selbst hervorgegangen sind. Den Manen dieses Todten, des hingeschiedenen Ehrenpräsidenten dieser Körperschaft, gebührt eine besondere Gedächtnissfeier.

Mir wurde der ehrenvolle Auftrag, seiner in Worten heute zu gedenken. Indem ich mich anschicke, dies zu thun, vertraue ich der Empfindung, dass der Hingeschiedene in diesem Kreise werth und theuer war; so darf ich hoffen, dass sie einer einfachen kurzen Schilderung seines arbeitsreichen Lebens wohlwollend folgen und an dem Sprecher Nachsicht üben werden.

Ferdinand Arlt wurde am 18. April 1812 zu Obergraupen bei Teplitz als der Sohn eines armen Bergschmiedes geboren. Mit

13 Jahren kam er in das Gymnasium zu Leitmeritz, absolvirte die zwei philosophischen Jahre und die medicinischen Studien in Prag und wurde daselbst am 29. December 1839 zum Doctor der Medicin und Chirurgie promovirt.

Auf Veranlassung Fischer's ging Arlt nunmehr auf drei Monate nach Wien, um Skoda und Rokitansky und ihre naturhistorische Richtung kennen zu lernen.

Nach Prag zurückgekehrt, wurde er Assistent an der Augenklinik des Prof. Fischer und bekleidete diese Stelle durch zwei Jahre. Im April 1842 etablirte er sich als praktischer Arzt in Prag.

Als Fischer 1846 erkrankte, wurde Arlt mit der Supplirung der Lehrkanzel betraut.

Nach dem Tode Fischer's, anfang 1848, wurde zwar der nach damaliger Studienordnung gebräuchliche Concurs für die vacante Stelle eingeleitet und von Arlt erfolgreich mitgemacht; trotzdem aber liess man das Provisorium noch über ein Jahr fortbestehen.

Erst, nachdem Arlt auf Anregung Oppolzer's im Frühjahre 1849 die Berufung als Ordinarius nach Leipzig bekommen hatte, wurde er, um ihn für Prag zu erhalten, Ende August 1849 zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde daselbst ernannt.

Nach dem Tode Rosa's nach Wien berufen, wirkte er hier seit October 1856.

Sein Name glänzte bald neben den Gefeiertsten, die unsere Hochschule auf der Höhe ihres Ruhmes zierten.

Im Juli 1883 schied er, dem Gesetze folgend, aus dem Lehramte, das er mit Hingebung und Feuereifer ausgeübt hatte. Mit berechtigtem Stolze durfte Arlt auf seine 37jährige, so fruchtbare akademische Lehrthätigkeit zurückblicken. Unter seinen zahlreichen Schülern hatte er stets begeisterte Verehrung und Bewunderung gefunden und hervorragende Oculisten der Jetztzeit, darunter anerkannte Vertreter der Wissenschaft, sind aus den Reihen derselben hervorgegangen.

Seinen grossen Leistungen als Forscher und Lehrer ward von allen Seiten die verdiente Anerkennung zu Theil. Er erhielt den Orden der eisernen Krone III. Classe, bekam 1877 den Hofrathstitel, wurde Comthur des Franz Josefs-Ordens mit dem Sterne und war Besitzer ausländischer hoher Orden.

Der k. k. Gesellschaft der Aerzte gehörte er seit 1849 als correspondirendes und seit seiner Uebersiedlung von Prag nach Wien als ordentliches Mitglied an.

Am 12. November 1880 wurde er als Nachfolger Hebra's zum Präsidenten und in der Sitzung vom 2. April 1886 zum Ehrenpräsidenten gewählt.



Bald darauf sollte jene langwierige schmerzhafte Krankheit beginnen, die unser innigstes Mitleid in so hohem Grade erregte. Er ertrug ihre Leiden mit stoischer Ruhe, bis ihn endlich am 7. März d. J. der Erlösung bringende Tod von denselben befreite.

Wenn wir die Bedeutung Arlt's für die Wissenschaft in's Auge fassen, so müssen wir zunächst auf jene Zeit zurückgehen, in der er noch in Prag wirkte.

Mit seinen Erstlingsarbeiten aus jener Zeit, die in der Prager Vierteljahresschrift für praktische Heilkunde niedergelegt sind, betrat er, einer der ersten, den Weg zur Schaffung einer Ophthalmopathologie auf neuer anatomischer Basis.

1846 veröffentlichte er ein populäres Werk hygienischen Inhaltes „Die Pflege der Augen." Die Devise in der Vorrede ist charakteristisch für Arlt, sie lautet: „Willst du Jemanden für eine gute Sache gewinnen, so halte Dich streng an die Wahrheit! Uebertreibe nicht, noch stütze Dich auf spitzfindige, auf eingebildete oder gar falsche Gründe! Für eine kurze Zeit magst Du siegen; — ertappt man Dich auf einer dieser Blössen, so verwirft man leicht mit dem Falschen auch das Wahre, das Du gesagt."

Dieser Liebe zur Wahrheit blieb Arlt durch sein ganzes Leben in Wort und Schrift getreu. Bald gewann er in Prag neben Oppolzer, Jaksch, Pitha und Hamernik das grösste Ansehen; es sammelte sich um ihn ein Kreis wissbegieriger Schüler. Der hervorragendste derselben war der geniale Albrecht von Graefe. 1847 kam dieser, kaum 19 Jahre alt, nach Prag. Vor allem zog ihn die Klinik und die Person Arlt's an. Bei Arlt lernte er erst einsehen, wie viel die Augenheilkunde vermag und ahnen, wie viel auf ihrem Gebiete noch zu leisten sei; hier unter Arlt's Einfluss reifte in Graefe der Gedanke, Augenarzt zu werden.

Arlt's Arbeitskraft wurde indess bald durch eine grosse Aufgabe ganz in Anspruch genommen.

1851—56 publicirte er sein Hauptwerk „Die Krankheiten des Auges" in drei Bänden. In diesem entwickelte er jenes klinisch-anatomische System, an welchem er in der Hauptsache auch später festhielt.

Damit soll nicht gesagt sein, dass sich Arlt dem Fortschritte vis-à-vis starr oder ablehnend verhielt. Im Gegentheile, stets verstand er es, sich die Errungenschaften der Neuzeit eigen zu machen und auf der Höhe seiner Aufgabe zu bleiben — ein Verdienst, das nicht hoch genug angeschlagen werden kann, denn die Umwälzung der Anschauungen, welche sich vollzog, war eine tiefgreifende.

Durch die Entdeckung des Augenspiegels wurde ein ganz neues Gebiet erschlossen und an der Hand der physiologischen Optik sollte sich allmälig ein richtiges Verständniss der Lehre von der Refraction und Accommodation des Auges entwickeln.

*

Allenthalben machte sich jetzt das Bedürfniss fühlbar, ein eigenes für Augenheilkunde bestimmtes Organ in unserer Sprache zu besitzen. 1855 vereinigte sich Graefe mit Arlt und Donders zur Herausgabe des Archivs für Ophthalmologie.

An dieser Schöpfung Graefe's nahm Arlt mit regem Interesse Theil. Zum wissenschaftlichen Inhalte derselben steuerte er selbst im Laufe der Jahre sieben Publicationen bei. Ebenso bereitwillig folgte er der Einladung Graefe's zur Theilnahme an dem Heidelberger Congresse. Im Herbste 1857 kam Albrecht von Graefe zum erstenmal mit einigen seiner Jünger in der freundlichen Neckarstadt zusammen, um die neuesten Fortschritte der Augenheilkunde zu besprechen. Das nächste Jahr war ihre Zahl bereits grösser und erschienen auch dazu geladen: Arlt, Heinrich Müller und Donders.

Der Congress fand von nun an jährlich statt und Arlt war nicht nur ein regelmässiger Besucher, sondern seit Graefe's Tod als Senior der Ophthalmologen der Mittelpunkt dieser Zusammenkünfte, bei jeder Wiederkehr von den Fachgenossen mit wärmster Freude begrüsst. Hier ist vielleicht der passende Moment, auch des Antheils zu gedenken, den Arlt an dem wissenschaftlichen Leben und Bewegen unserer Gesellschaft genommen.

Im Winter 1856—57 finden wir ihn zuerst als eifrigen Theilnehmer in den damals üblichen Sectionssitzungen. Am 20. April 1857 hielt er seinen ersten Vortrag in der „allgemeinen Versammlung" der Gesellschaft: „Ueber die Heilung des Glaucom durch Iridectomie", dem zahlreiche weitere Vorträge und Demonstrationen folgten. In der Discussion trat er stets nach bester Ueberzeugung für die Wahrheit in die Schranken.

Zum letztenmal sprach er in unserer Mitte am 6. Februar 1885 über die Entwicklung des Mikrophthalmus und Anophthalmus congenitus. In der Zeitschrift der Gesellschaft publicirte Arlt mehrere Originalarbeiten, von denen ich nur die über Enucleation des Bulbus und den werthvollen Bericht über die Augenklinik der Wiener Universität 1863—65 (von Arlt, Tetzer, Rydel und Becker) erwähnen will.

Wie sehr sich Arlt im Umgange durch gewinnende Liebenswürdigkeit und wahre Bescheidenheit auszeichnete, ist uns Allen in lebhafter Erinnerung.

Dem engeren Freundeskreise Skoda's angehörend, hielt er die alten Traditionen hoch und blieb der Gesellschaft stets ein treuer Anhänger und warmer Förderer. Gestatten Sie mir nach dieser kurzen Abschweifung nochmals auf die wissenschaftliche und literarische Thätigkeit Arlt's zurückzukommen.

Als Graefe in Halle und Saemisch in Bonn gemeinsam daran gingen, ein neues Handbuch der gesammten Augenheilkunde

herauszugeben, versprach Arlt die Operationslehre zu liefern. Er hätte kein seiner Eigenthümlichkeit mehr entsprechendes Capitel in dem Gesammtwerke übernehmen können.

Nur ein erfahrener Operateur und Lehrer, wie Arlt, konnte die Aufgabe in so vollendeter Weise lösen, wie dies geschehen ist.

In demselben Jahre, in welchem die Operationslehre erschien, publicirte er auch eine Monographie über die Verletzungen des Auges.

Nach zwei kleineren Arbeiten („Zur Lehre vom Glaucom" und „Ueber Aetiologie und Therapie der Bindehautblennorrhoe") erschien 1876 die sehr interessante Monographie „Ueber die Ursachen und die Entstehung der Kurzsichtigkeit", welche den besten Arbeiten über dieses Thema beigezählt wird.

Die Productionskraft Arlt's schien von Jahr zu Jahr zu wachsen.

Von grösseren Arbeiten publicirte er noch 1881 eine systematische Zusammenstellung klinischer Vorträge (unter dem Titel: „Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges, zunächst der Binde-, Horn- und Lederhaut, dann der Iris und des Ciliarkörpers") und 1884 eine Monographie über Glaucom.

Den Schluss seiner reichen literarischen Thätigkeit bilden zwei kleine Aufsätze im 31. Band des Archiv.

Arlt war unstreitig ein mächtiger Förderer der Ophthalmologie. Sein Name ist mit unvergänglichen Lettern in die Geschichte der Wissenschaft eingezeichnet.

Ein Mann von bedeutendem Können und ernstem Wollen, dabei von humanster Gesinnung beseelt, ging uns Arlt mit dem leuchtenden Beispiele treuester Pflichterfüllung voran. Sein ganzes Leben, sein Denken und Thun schien nur dem Einen, der Arbeit zugewendet.

Er war einer jener bedeutenden Männer, deren Namen unserem Vaterlande zum Ruhme gereicht und deren Spur nicht verlöscht, auch wenn sie längst nicht mehr unter den Lebenden weilen.

Friede seiner Asche und Ehre seinem Andenken!

Der Herr Secretär Prof. Kundrat erstattet den Jahresbericht über die Leistungen der k. k. Gesellschaft der Aerzte im Gesellschaftsjahre 1886/87:

Hochgeehrte Versammlung!

Mit dem abgelaufenen Jahre hat der Verein das 50. seines Bestandes vollendet.

Durch die Wahl von 11 Mitgliedern von 277 auf 288 Theilnehmern angewachsen, hat im Laufe dieses Jahres die Zahl der Mitglieder sich wieder auf 279 reducirt, indem zwei, Dr. Kainzbauer und Lenk, aus dem Vereine geschieden, drei,

Dr. Schreiber, Dr. Wallmann und Prof. Wölfler, durch Domicilwechsel in die Reihe correspondirender Mitglieder getreten sind, und vier uns durch den Tod entrissen wurden.

Gestatten Sie mir, dass ich zunächst der Dahingeschiedenen gedenke!

Dem schwersten Verluste, der noch, fast in letzter Stunde, den Verein durch das Ableben unseres verehrten Ehrenpräsidenten Hofrath v. Arlt traf, hat Dr. Bergmeister Ausdruck verliehen.

Aber noch zwei Männer sind zu betrauern, die sich grosse Verdienste um die Gesellschaft erworben. Prof. Auspitz, einst Secretär und Dr. Th. v. Jurié, der Jahre lang bewährte Oekonom der Gesellschaft. Auch ein getreues Mitglied, Sanitätsrath Dr. Flamm, schied dahin.

Prof. Dr. Heinrich Auspitz, am 3. September 1835 in Nikolsburg geboren, hat seine Studien in Wien, zunächst am akademischen Gymnasium und dann an hiesiger Hochschule absolvirt, wurde 1858 zum Doctor promovirt, trat in das allgemeine Krankenhaus ein, wo er an den Abtheilungen v. Haller, Türk, Sigmund als Secundarius, an jener Hebra's als Assistent bis zum Jahre 1864 thätig war, sich vollständig der Dermatologie und Syphilis zuwendete und 1865 zum Docenten dieser Fächer habilitirt wurde. Im Jahre 1872 trat er an die Poliklinik, deren Begründung hauptsächlich auch sein Werk war. 1875 zum ausserordentlichen Professor ernannt, vielfach ausgezeichnet, verblieb er als erster Director an der Poliklinik bis 1884, wo er zum Primarius der Abtheilung für Syphilis im allgemeinen Krankenhause ernannt wurde.

Leider übernahm er diesen lang erstrebten, hart erkämpften Posten schon als ein gebrochener Mann. Die rastlose Energie A.'s war erloschen im Siechthum eines Herzfehlers, dem er am 23. Mai 1886 erlag.

Hochgebildet, sprachgewandt, den höchsten Zielen mit grösstem Eifer nachstrebend, war A., wie seine zahlreichen Arbeiten zeigen, mehr kritisch sichtend, als forschend thätig und er hat sich, wo er der Eigenart seiner Begabung folgen konnte, dauernden Ruhm erworben.

Ebenso sichert das im Vereine mit Pick in Prag begründete Archiv für Dermatologie und Syphilis, für welche Zeitschrift er Jahre lang als Redacteur und Mitarbeiter eifrig gewirkt, sein Andenken.

Dr. Theodor von Jurié, Med. et Chirurg. Doctor, Magister der Geburtshilfe und Augenheilkunde, war am 19. October 1809 als Sohn des Protomedicus Dr. Andreas Jurié zu Klagenfurt geboren, absolvirte mit ausgezeichnetem Erfolg die Gymnasial- und philosophischen Studien am akademischen Gymnasium und Lyceum zu Klagenfurt, die medicinische an der Universität zu Wien und

wurde am 20. April 1834 zum Doctor promovirt, diente sodann durch $5^{1}/_{2}$ Jahre im Sanitäts-Departement der n.-ö. Landesregierung, in welcher Stellung er bestrebt war, der Wirksamkeit seiner Collegen auf dem Gebiete des öffentlichen Sanitätswesens Bahn zu brechen, wofür seine Schriften aus dieser Zeit: „Die Rechte und Pflichten der Aerzte“, „Repetitorium der österr. Sanitätspflege“ Zeugniss geben. Auch als unentgeltlicher Stadtarmenarzt war er durch 10 Jahre für die Organisation des sanitätspolizeilichen Dienstes thätig.

Im Jahre 1848 wurde er zum Hausphysicus im Wiener Bürgerspital ernannt, in welcher Stellung er bis zum Jahre 1881 verblieb. Nebenher war er vielfach thätig, so als Leiter der von der Militärbehörde angeordneten gemischten Sanitätscommission, als Mitglied der Ministerial-Commission für Reorganisation des österr. Sanitätswesens.

Ein hervorragendes und immerwährendes Verdienst erwarb er sich als Arzt und Menschenfreund bei der im Verein mit Hofrath v. Wattmann vorgenommenen Gründung des Kaiserin Elisabeth-Hospitals für arme scrophulöse Kinder in Hall 1854 und der Administration der Witwen- und Waisen-Societät des medicinischen Doctoren-Collegiums in Wien, die er 1842 übernommen und ununterbrochen, unentgeltlich durch mehr als 43 Jahre als Thesaurar, Vicepräsident und in den letzten 12 Jahren als Präses geleitet. Mit welchem ausserordentlichen Erfolg, ist allbekannt.

Die allseitige volle Anerkennung dieser seiner gemeinnützigen Thätigkeit kam anlässlich seines 50jährigen Doctorjubiläums zum vollen Ausdruck von Seite aller ärztlichen und humanitären Vereine der Stadt Wien durch Verleihung der goldenen Salvatormedaille und seiner Erhebung in den erblichen Adelsstand zum Edlen von Lavandal. Er starb am 24. Juli 1886, 76 Jahre alt.

Dr. J. H. Flamm, geb. am 27. Februar 1814 als Sohn armer Eltern in Loschitz (Mähren), hatte seine Studien unter den grössten Entbehrungen am Gymnasium in Kremsier und Brünn und an der Universität zu Wien absolvirt, trat, nachdem er 1840 zum Doctor promovirt war, in das allgemeine Krankenhaus zu Wien, wo er als Secundararzt bis 1845 diente. Von 1845—47 Schlossarzt in Schönbrunn, von 1847 Hofarzt in Wien, verblieb er in dieser Stellung bis 1873, wo ihm die neu systemisirte Stelle eines k. k. Hof-Sanitätsrathes verliehen wurde. Durch jahrelange Kränklichkeit bewogen, kam er 1884 um seine Pensionirung ein, die ihm unter Verleihung des Titels eines Hofrathes bewilligt wurde. Er starb nach langer Krankheit zu Baden bei Wien am 9. August 1886. Einige kleinere Aufsätze in Journalen, eine Broschüre „Cholera und Vergiftung“ (1856) und seine Beobachtungen über „Trichinose“ (Med. Wochenschr. 1867) geben Zeugniss von seinem Streben.

Der wissenschaftlichen Thätigkeit des Vereines waren 31 Sitzungen gewidmet, in welchen 88 Vorträge und Demonstrationen abgehalten wurden, die sich nach einzelnen Fächern vertheilen auf:

Anatomie	3
Physiologie	4
Pathologische Anatomie	14
Experimentelle Pathologie	5
Pharmakologie	1
Therapie	4
Interne Medicin	7
Chirurgie	23
Oculistik	2
Laryngologie	3
Gynäkologie	3
Dermatologie	5
Syphilis	2
Neuropathologie	4
Psychiatrie	1
Hydrotherapie	1
Geschichte der Medicin	1
Demonstration von Apparaten	4

Nebst den Referaten über die Sitzungen im Anzeiger wurden unter der Redaction der Professoren: Ludwig, Albert, Kundrat, gemäss den im Vorjahr gefassten Bestimmungen, die Jahrbücher in zwanglosen Heften herausgegeben. Und zwar erschienen 9 Hefte, 46 Bogen stark mit 20 Tafeln, welche bei dem ausserordentlichen Entgegenkommen unseres jetzigen Verlegers, des k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändlers Alfred Ritter von Hölder, nicht nur mit weitaus geringeren Kosten in Druck gelegt wurden, sondern auch, Dank seinem eifrigen Vertrieb, einen weiteren Leserkreis sich erwarben.

Auch die materiellen Verhältnisse der Gesellschaft haben sich durch die umsichtige Verwaltung des Vermögens, die geringeren Auslagen für die Drucklegung der Jahrbücher und vor Allem durch die in der Sitzung vom 7. Mai mit überwiegender Majorität angenommene Erhöhung des Jahresbeitrages von 15 auf 20 fl. in erfreulichster Weise gebessert.

Angesichts dieser günstigen Umstände, der grossen Zahl von jungen tüchtigen Männern, welche die Aufnahme in die Gesellschaft erstreben, wollen wir hoffen, dass es im kommenden Jahre gelingen werde, durch Wort und Schrift das Ansehen der Gesellschaft der Aerzte getreu den alten uns ehrwürdigen Traditionen nicht nur zu erhalten, sondern zu heben!

Möge Jeder dazu helfen — den Manen unserer Meister, uns selbst sind wir es schuldig!

Hierauf erstattete der Bibliothekar, Herr Dr. **Hajek**, nachstehenden Bericht:

Hochgeehrte Herren!

Die Aussicht auf ein eigenes Heim für die Gesellschaft der Aerzte ist wohl vorläufig in unabsehbare Ferne gerückt, doch ist Hoffnung vorhanden, dass die beengenden Verhältnisse der Bibliothek und des Lesezimmers eine baldige Besserung erfahren. Der Oekonom der Gesellschaft, Herr Dr. Spitzmüller, hat wiederholt die Initiative ergriffen zur Auffindung geeigneter Räume für diese Zwecke in Häusern der Umgebung der Aula und ist er für die Bibliothek zu jedem Opfer bereit. Erst dann aber kann unser Bücherschatz zu dem gemacht werden, was er, entsprechend dem Ansehen der Gesellschaft und dem Bedürfnisse Wiens gemäss sein soll: Eine Sammelstelle für sämmtliche medicinische Werke, ein Lehrmittel ersten Ranges für unsere alte Universitäts- und Hauptstadt.

Soweit sich der Werth einer Bibliothek in Zahlen ausdrücken lässt, bitte ich zur Kenntniss zu nehmen, dass gegenwärtig die Zahl unserer Werke, ohne die jetzt bestehenden Journale über 10.000 beträgt, der Ankauf der Bücher, sowie der Zufluss an Spenden gestaltete sich reichlicher als in früherer Zeit, namentlich haben die Herren Mitglieder dieser Gesellschaft als Autoren ihre Werke in liberalster Weise zur Verfügung gestellt, aber auch die Verlagsbuchhandlungen des Auslandes, wissenschaftliche und humanitäre Institute aller Art stellen uns ihre literarischen Producte regelmässig bei. Dass auch die Wiener Spitäler, der Magistrat der Stadt Wien, die Redactionen der hiesigen medicinischen Journale (auch der Wechsel in der Redaction der „Wiener Mediz. Presse" hat hierin keine Aenderung hervorgerufen) und das Stadtphysikat die Bibliothek regelmässig unterstützen, sei hier dankend erwähnt; besonders lebhaft gestaltet sich der Tausch in- und ausländischer Journale gegen die Jahrbücher der Gesellschaft. Fast jederzeit sind etwa 230 Nummern unserer Bibliothek in den Händen der Entlehner, zu welchen auch die anderen wissenschaftlichen Institute der Hauptstadt zählen.

Die Arbeit der Bibliothek wird von einem verhältnissmässig zahlreichen Personale geleistet. Die Witwe Hella und ihre Angehörigen widmen sich mit anerkennenswerthem Eifer unserer Sache, eine Schreibkraft besorgt durch eine Stunde täglich die Kanzleigeschäfte; die beiden von Ihnen gewählten Bibliothekare machen sich eine Ehre daraus, in Ihrem Dienste und im Dienste der Wissenschaft thätig zu stehen.

Herr Hofrath Prof. **Meynert** hält den Festvortrag: Ueber die Mechanik der progressiven Paralyse der Irren.

Derselbe wird in den medizinischen Jahrbüchern veröffentlicht werden.

Wien, am 1. April 1887.

Der Vorsitzende: Hofr. Dr. H. v. Bamberger.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 1. April 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. **Bamberger**.

Schriftführer: Herr Dr. **Bergmeister**.

Der Vorsitzende verkündet das Resultat der in der feierlichen Jahressitzung vorgenommenen Wahlen.

Herr Director Dr. **Friedinger** macht Mittheilung über einen Fall von eigenthümlicher Zwitterbildung und demonstrirt einen Fall von Afteranomalie.

Herr Docent Dr. **Wittelshöfer** demonstrirt zwei Apparate, einen für Behandlung von Klumpfuss und einen zweiten zur genauen Anlage und Fixirung des Bruchbandes bei Kindern.

Herr Prof. **Kaposi** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Mycosis fungoides und deren Beziehung zu anderen ähnlichen Processen.

Herr Prof. v. **Dittel** beginnt seinen angekündigten Vortrag und stellt zuerst einen Fall von operativer Verlagerung der Harnröhre vor.

Programm

der am Freitag den 15. April 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofr. Prof. **Breisky** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Prof. v. **Dittel**: Chirurgische Mittheilungen. Fortsetzung.
2. Herr Doc. Dr. **Wagner**: Ueber die Circulation im Hirne.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Reg.-Arzt Dr. Gschirhakl, Prof. Hofmokl.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



21. April 1887. Nr. 13.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 1. April 1887. — Summarischer Bericht über die Sitzung vom 15. April 1887. — Programm der Sitzung am 22. April 1887.

Protokoll der Sitzung vom 1. April 1887.

Vorsitzender: Herr Präsident Hofr. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Der Vorsitzende verkündet das Resultat der am 18. März 1887 vorgenommenen Wahlen.

Abgegeben wurden 115 giltige Stimmzettel. Die absolute Majorität beträgt 58.

Als gewählt erscheinen:

Zu Vorsitzenden: Herr Hofrath Prof. Breisky.
„ Prof. Dr. Toldt.
„ Dr. Richter.

Zu Schriftführern: Herr Dr. Kolisko.
„ Dr. Török.
„ Dr. Dalla Rosa.

Zu ordentlichen Mitgliedern: Herr Hofrath Prof. Breisky.
„ Sect.-R. Dr. Kusy.
„ Dr. Emil Bock.
„ „ Friedrich Salzer.
„ „ Julius Hochenegg.
„ „ Hermann v. Erlach.
„ „ Hubert Peters.
„ „ Otto Weiss.
„ „ Eugen Bamberger.
„ „ Georg Juffinger.
„ „ Edmund Neusser.
„ „ Hugo v. Frisch.
„ „ Ferdinand v. Hochstetter.
„ „ Arnold Paltauf.

Zu ordentlichen Mitgliedern: Herr Dr. Moriz Schustler.
" " Alexander Fränkel.
" " Anton Freih. v. Eiselsberg.
" " Alfons v. Rosthorn.
" " Carl Herzfeld.
" " Gabriel Anton.
" " Rob. Steiner Frh. v. Pfungen.
" " Sigmund Freud.
" " Maximilian Matray.
" " Heinrich Favarger.
" " Josef Krügkula.
" " Rudolf Lewandowski.
" " Ferd. Frh. v. Buschman.

Herr Director Dr. Friedinger berichtet über eine Anomalie der Clitoris, welche an einer Amme der Findelanstalt wahrgenommen wurde. Die Clitoris hat die Länge von fast zwei Phalangen, besitzt eine Glans mit einem Präputium, an der Spitze der Glans eine Vertiefung, das ist die Mündung der Harnröhre. Die Labia minora setzen sich fort in das Präputium, dessen Frenulum so wie bei Hypospadiasis fehlt. Aus der Harnröhre fliesst angeblich bisweilen Urin. Die Clitoris repräsentirt ein Membrum virile. Ob dieselbe auch erectionsfähig ist, konnte nicht sichergestellt werden; ein erectiles Gewebe ist jedenfalls vorhanden. Dieselbe hängt zwischen den grossen Schamlippen herab und verdeckt so den Scheideneingang. Bei Ausübung des Coitus muss die Clitoris vom Scheideneingang weg emporgehoben oder zur Seite geschoben werden. Die weibliche Harnröhre ist vorhanden, nur liegt sie mehr als gewöhnlich zurück. Wenn auch keine Zwitterbildung, so ist diese Anomalie doch ein sehr seltenes Naturspiel zu nennen. Aus den vielen Tausenden Wöchnerinen, welche jährlich die Anstalt passiren, ist eine gleiche Erfahrung nicht bekannt.

Dr. F. demonstrirt gleichzeitig eine Afteranomalie an einem vier Monate alten Knaben. Die Aftermündung ist vor dem Mittelfleisch unmittelbar hinter dem Hodensack, und zwar seitlich von der Mittellinie nach rechts gelegen. Der Knabe entfernt seine Fäces wie jedes andere gesunde Kind. Die Untersuchung mit der Sonde kommt auf kein Hinderniss. Eine Operation ist deshalb nicht nothwendig. Diese Art Lageveränderung des Afters wurde seit einer langen Reihe von Jahren unter den vielen Tausenden Kindern niemals beobachtet.

Docent Dr. R. Wittelshöfer demonstrirt zwei Apparate, von denen der eine zur Behandlung des angeborenen Klumpfusses dient. Der Apparat, dessen Construction vom Bandagisten v. Gunz in Wien

ausging, besteht in einer den halben Umfang des Unterschenkels unter dem Knie an der Aussenseite umfassenden, durch drei Heftpflasterstreifen fixirbaren metallenen, mit Kautschuk überzogenen Hohlschiene mit einem nach unten gerichteten kurzen Stäbchen mit kugeligem Ende. Eine zweite sohlenartige Schiene wird unter der Fusssohle ebenfalls mit Heftpflaster befestigt und trägt aussen eine durch eine kleine Schraube zu schliessende Klemme. Wird nun der Fuss redressirt, so kommt diese Klemme über die Kugel der oberen Schiene und kann durch dieses Kugelgelenk in jeder gewünschten Stellung fixirt werden. Die Vortheile sind die leichte Anlegung auch durch Laien, die leichte und billige Herstellung, die Verwendbarkeit für mehrere Kinder selbst verschiedener Grösse, die Unschädlichkeit etwaiger Durchnässung, die stete Controle des Zustandes der Extremität und jederzeit mögliche Correctur in der Anlage, sowie die Dauerhaftigkeit. Der Vortragende zeigt ein vier Monate altes Kind, an dem der seit drei Monaten verwendete Apparat eine vollständige Herstellung des Pes varus bewirkt hat, und legt ihm den Apparat an.

Dr. Wittelshöfer zeigt dann ein von ihm angegebenes neuartiges Bruchband für Kinder, dessen Befestigung in einem circulär über die Spinae il. sub. ant. gehenden, in seiner vorderen Hälfte bogenförmig den Bauch steif überbrückenden Bauchgurt, der rückwärts geschnallt wird, besteht, von welchem Gurt eine oder zwei (je nach Bedarf) mässig gewölbte Federn herabgehen, von welchen jede seitlich, sowie nach oben und unten an dem Gurt verschiebbar ist und die zum Verschlusse der Bruchöffnung dienende Pelotte trägt. Der Vorzug ist die feste, unverschiebbare Fixirung, die Anwendung nicht zu festen Druckes, das Entfallen der Nothwendigkeit, nach jedesmaligem Durchnässen entfernt zu werden, die von Unruhe und Bewegungen der Beine unbeeinflusste Festigkeit, sowie die durch die Verschiebbarkeit der Pelotten erreichte Möglichkeit der Verwendung auch bei durch Wachsthum oder sonstige Veränderungen bedingter Grössenänderung der einschlägigen Körpertheile. Der Vortragende berichtet von einem seit vier Wochen dieses Bruchband ohne jede Störung benützenden Kinde, das leider nicht gebracht wurde. Ob dasselbe Princip auch für Erwachsene verwendbar sei, könne er nicht bestimmen, da er es bisher nicht versuchte, doch scheine es ihm wahrscheinlich.

Herr Prof. **Kaposi** hält seinen angekündigten Vortrag: **Ueber Mycosis fungoides und deren Beziehung zu anderen ähnlichen Processen.**

Wien, am 15. April 1887.

Der Vorsitzende: Breisky.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 15. April 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. **Breisky.**

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko.**

Der Vorsitzende spricht der Versammlung seinen Dank für seine Wahl aus.

Herr Primarius Dr. von **Kogerer** macht eine vorläufige Mittheilung über eine neue Methode der Behandlung von Pleuraexsudaten.

Herr Dr. **Maydl** stellt einen Fall von geheilter Resection des Coecums, ausgeführt wegen narbiger Strictur desselben, vor und knüpft daran einige Bemerkungen über Narbenstricturen des Darmes.

Herr Prof. von **Dittel** hält seinen angekündigten Vortrag: „Chirurgische Mittheilungen", anknüpfend an einen geheilten Fall von Exstirpation der linken Niere wegen Pyonephrose.

Herr Dr. **Wagner** hält seinen angekündigten Vortrag über die Blutcirculation im Gehirne.



Programm

der am Freitag den 22. April 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Toldt** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **Hofmokl**: Ueber Chirurgie der Gallenwege.
2. Herr Prof. **Drasche**: Ueber die Wirkung des Strophanthus hispidus auf das Herz.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. **Urbantschitsch**, Reg.-Arzt Dr. **Gschirhackl**.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



28. April 1887. Nr. 14.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.



Protokoll der Sitzung vom 15. April 1887.

Vorsitzender: Herr Hofrath Prof. Breisky.
Schriftführer: Herr Dr. Kolisko.

Herr Prim. Dr. **v. Kogerer** bringt in einer vorläufigen Mittheilung ein neues Verfahren zur Kenntniss, mit Hilfe eines von H. Leiter nach seiner Angabe construirten Troicarts Pleuraexsudate im Unterhautzellgewebe zur Resorption zu bringen.

An dem zur Ansicht vorgelegten Troicart ist an der Hülse eine seitliche länglich ovale Oeffnung angebracht, welche die Communication des Pleuraraumes mit dem Raume zwischen Thoraxwand und Hautdecken vermittelt.

Ein Fall wurde in dieser Weise behandelt und gab ein vollkommen zufriedenstellendes Resultat.

K. will das Verfahren an einer genügenden Anzahl von Fällen erproben und dann über die Erfolge berichten.

Herr Doc. Dr. **Maydl** stellt einen 23jährigen jungen Mann vor, an dem er wegen einer narbigen Strictur, herstammend von einer vor sieben Jahren überstandenen Typhlitis, am 13. März 1887 eine Exstirpation des Cöcum mit folgender circulärer Darmnaht ausführte, und der nun vollständig geheilt ist. Er erinnert, dass dies der vierte Fall einer von ihm ausgeführten Colonresection ist, mit durchgehends glattem Wundverlaufe und der zweite Fall einer erfolgreichen circulären Colonresection wegen einer Narbe im Cöcum. Im ersten Falle (vorgestellt 1885) schickte er eine Enterotomie voraus und liess 14 Monate darauf eine circuläre Darmresection folgen. Die Diagnosen einer cicatriciellen Darmstenose sind am Lebenden eine Seltenheit und auch am Sectionstisch nicht häufig. Operative Eingriffe wurden wegen cicatricieller

Strictur des Colon nur vom Vortragenden zweimal mit dauerndem Erfolg vorgenommen.

Die narbigen Darmstricturen können ausser von typhösen, dysenterischen, syphilitischen, tuberculösen, catarrhalischen (stercoralen), peptischen Geschwüren auch herstammen von Verletzungen, Brucheinklemmung, Invagination, Volvulus, Strangcompression des Darmes, Fremdkörpern, endlich von vorausgegangener circulärer Darmnaht.

Die Wege der chirurgischen Therapie der narbigen Stricturen sind mehrfach.

1. Gibt es Fälle, die die Hand der Chirurgen lahm legen, insofern, als neben der Darmstenose eine so ausgebreitete Verlöthung der Därme unter einander und an die vordere Bauchwand vorliegt, dass eine Orientirung absolut unmöglich. Der Vortragende versuchte bei so einem Fall einen operativen Eingriff, musste wegen Unmöglichkeit der Orientirung denselben aufgeben, worauf Patient an seinem Leiden nach $1^1/_2$ Jahren qualvoll zu Grunde ging.

2. Wird es Fälle geben, wo man durch die Ileuserscheinungen wird gezwungen sein zu einfacher Entero- oder Colotomie seine Zuflucht zu nehmen, da die Kräfte der Patienten momentan zu einem schwereren Eingriff nicht ausreichen. Später kann immer noch ein Radicaleingriff folgen.

3. Wird es eine Kategorie geben, wo man wegen Unmöglichkeit einer Radicalbeseitigung der Stenose wird zur Umgehung der Strictur greifen müssen, wie dies Maisonneuve im Jahre 1842 that bei zwei Carcinomen des Cöcums, indem er den Dünndarm an's Colon ascendens annähte und so eine Fistel zwischen beiden herstellte (Colenterostomie, dem analog Gastroenterostomie).

4. Endlich gibt es Fälle, wo durch Exstirpation der stricturirten Darmstrecke mit folgender Naht dauernde Hilfe geschafft werden kann, ohne ein neues Gebrechen, wie in den zwei vorgestellten Fällen. Dies wird am Colon um so eher möglich sein, als die Stricturen am Colon meist einfach sind, es wird von um so grösserem Werthe sein, als die Stricturen meist jugendliche Personen betreffen, die man für's ganze Leben von ihren Beschwerden befreit.

Herr Prof. Dr. **Dittel** stellt eine Patientin vor, die er von Pyelonephrose und Anus praeternaturalis geheilt hat.

Sie ist 25 Jahre alt, bekam ihre Menses im 15. Lebensjahr, ist seit fünf Jahren verheiratet und hat drei Entbindungen normal durchgemacht, sieben Monate vor ihrem Eintritte in's Spital die letzte. Bald darauf entleerte sie trüben, blutigen, übelriechenden Urin 14 Tage hindurch. Drei Tage nach der letzten Entbindung



bemerkte sie eine nussgrosse schmerzhafte Geschwulst in der linken Nierengegend, die schnell unter Fiebererscheinungen wuchs.

Bei der Aufnahme in's Spital am 11. September 1886 reicht die Geschwulst unter den linken Rippenbogen hinauf; abwärts in die Darmbeingrube; einwärts bis drei Finger breit vom linken geraden Bauchmuskel; hinten bis an die Wirbelsäule. Sie fluctuirt, ist schmerzhaft auf Druck und vor derselben verläuft, als drei Finger breiter durch die Bauchdecken fühlbarer Strang das Colon descendens.

Die Geschwulst wechselt ihren Umfang; wenn sie grösser wird, ist der Urin klar, wenn sie abnimmt, ist der Urin trüb, sedimentirt, enthält viel Eiter. Das Harnbild entspricht einer hochgradigen eitrigen Pyelitis.

Am 20. September wird unter sorgfältiger Antisepsis die Nephrectomie gemacht, anfänglich mit einem 26 Cm. langen hinteren und seitlichen Lendenschnitt. Um den unteren Pol der grossen Niere entwickeln zu können, muss diesem Schnitt noch ein fast querer Bauchschnitt angefügt werden, was leider mit einem Scheerenschnitt auf dem vorgeschobenen Finger geschieht. Die Auslösung macht grosse Schwierigkeiten, da viele dicke derbe Schichten von Pseudomembranen ihr fest anhaften, der Stiel der Gefässe und des Ureters wird in eine Klemmzange gefasst und in zwei Portionen abgebunden.

Nach ihrer Entfernung zeigte sich das Peritoneum ringsherum wie abgeschnitten, das Colon am unteren Ende des Schnittes vorgefallen und an demselben ein Querschlitz von der Länge von circa $2^1/_2$ Cm. Die Ränder des Bauchfells werden mit Knopfnähten vereinigt, die des Darmschlitzes mittelst Lembert'scher Nähte geschlossen, die Wundhöhle der Nierengegend mit Jodoformgaze ausgefüllt. Die Bauchdeckenwände mit tiefen Muskelnähten und seichter fortlaufender Naht an der allgemeinen Decke vereinigt und über alles ein Compressivverband angelegt. Die Operation mit der Verbandanlegung nimmt drei Stunden in Anspruch.

Die Reaction ist eine sehr mässige, die Temperatur hält sich zwischen 36·8—37·2; der Puls von 88—120. Aber schon am anderen Tage nach der Operation recidivirt die Diarrhöe, an der sie schon vor derselben längere Zeit gelitten hatte, was wohl der Grund sein mochte, dass die Nähte nicht hielten.

Am 2. October war die Kothfistel ausser Zweifel und der Verband fortwährend beschmutzt. Wegen der Unmöglichkeit, die Wunde rein zu halten, wird sie in's continuirliche Wasserbad transferirt, wo sie 29 Tage verbleibt und wo ihre Ernährung vortrefflich von Statten geht. Am 10. November, nachdem sich drei Fistelöffnungen nacheinander zeigen, wird ein Vorversuch ihrer Schliessung an der kleinsten gemacht.

*

Die Nähte halten aber nur 13 Tage und nun sind wieder die drei Fisteln offen.

Am 10. December wird der dritte Versuch gemacht, indem die Zwischenbrücke abgetragen, der ganze Narbenrand ausgeschnitten beide Darmschenkel aus der eröffneten Bauchhöhle vorgezogen und nun die angefrischten Ränder mit 17 inneren und 25 äusseren Lembert'schen Nähten vereinigt, die angrenzenden Peritonealränder mit Knopfnähten am Darm verbunden werden. Diese Vereinigung hält aber nur fünf Tage, am sechsten Tage sickert an einigen Nahtlöchern dünne fäcale Flüssigkeit durch.

Nun wird der Patientin bis 7. Februar 1887 Zeit zur Erholung und zu fester Narbensaumbildung gelassen.

Am 8. Februar wird der Narbenrand abermals ringsherum ausgeschnitten, beide Darmschenkel weit vorgezogen. Die vordere innere noch bestehende Darmwand gänzlich — ein dreieckiges Stück aus dem Mesocolon — ausgeschnitten; die Ränder des letzteren jedes für sich mit Knopfnähten vereinigt und die Darmlumina mit einander verbunden, mit 25 inneren Darmnähten und mit ebensoviel äusseren Lembert'schen und einigen zwischen ihnen noch angebrachten Knopfnähten. Nachdem das vorgefallene Netzstück zurückgeschoben war, wird alles was freiliegt mit Jodoformgaze bedeckt und darüber ein Compressivverband angelegt. Die Operation dauert $2^1/_2$ Stunden, die eigentliche Nierenwundhöhle hat bei dem ganzen wechselvollen Verlauf keine Umstände gemacht, sie füllte sich ungestört mit festen Granulationen aus. Diesmal glückte die Operation. Der Verband wurde nach je acht Tagen erneuert.

Die Reaction dauerte nur zwei Tage und bestand in mässigen Peritonealschmerzen und Meteorismus. Schon am dritten Tage gingen Flatus durch ein eingeführtes Darmrohr ab.

Der Verlauf war weiterhin ganz glatt, der Urin klärte sich schon gleich nach der Nephrectomie, die Quantität nahm stetig zu um 400—1000 Ccm., seine Qualität ist normal.

Herr Dr. **Wagner** berichtet über Versuche, die Docent Dr. Gärtner und der Vortragende über die Circulation im Gehirn angestellt haben. Sie bedienten sich hierbei einer Methode, welche darin besteht, dass man das das Gehirn durchströmende Blut aus einer Hirnvene auffängt. Sie führten zu diesem Zwecke in eine Vena jugularis externa, welche beim Hunde die Hauptmenge des Hirnblutes abführt, eine Canüle ein. Es wurden vorher alle nicht dem Gehirn entstammenden Zuflüsse der Vena jugularis externa abgebunden und dann das abströmende Hirnblut nach einer von Carl Ludwig angegebenen Methode im Kymographion registrirt.

Auf solche Weise constatirten sie zunächst die Abhängigkeit des Hirnkreislaufes vom arteriellen Blutdruck. Wenn derselbe durch Compression der Aorta erhöht wurde, nahm ganz parallel mit dem



Blutdrucke die Menge des aus dem Gehirne strömenden Blutes ab. Wurde dagegen durch Compression der Vena cava ascendens oder durch Verblutenlassen der arterielle Blutdruck herabgesetzt, so nahm wieder ganz parallel mit dem Blutdrucke die Menge des aus dem Gehirn abströmenden Blutes ab.

Wurde der Blutdruck von den Gefässnervencentren aus erhöht, entweder reflectorisch durch Reizung eines sensiblen Nerven oder toxisch durch dyspnoisches Blut oder Strychnin, so nahm das Gehirn an der Gefässverengerung, die bei diesen Eingriffen besonders in den Organen des Unterleibes stattfindet, nicht Theil, sondern es wurde in Folge des erhöhten Blutdruckes der Blutstrom im Gehirn beschleunigt.

Von Narcoticis wurde Chloroform und Morphium auf ihre Wirkung auf den Gehirnkreislauf geprüft. Chloroform bewirkt eine vom Blutdruck unabhängige, also durch Erweiterung der Gefässe bedingte Beschleunigung des Hirnkreislaufes. Morphium beeinflusst den Hirnkreislauf nur mittelbar durch den Blutdruck.

Endlich berichtet der Vortragende über elektrische Reizversuche am Gehirn. Die Folge der elektrischen Reizung der Hirnrinde ist eine bedeutende, vom Blutdruck unabhängige Beschleunigung des Hirnkreislaufes, die besonders in dem Momente bedeutend zunahm, wenn durch das Auftreten allgemeiner Convulsionen ein epileptischer Anfall erkennbar wurde. Es besteht also während des epileptischen Anfalles, der durch elektrische Reizung der Hirnrinde hervorgerufen wird, nicht eine Anämie, sondern Beschleunigung des Hirnblutstromes in Folge Erweiterung der Gefässe, eine Hirnhyperämie.

Wien, am 22. April 1887.

Der Vorsitzende: Prof. C. Toldt.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 22. April 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. C. Toldt.

Schriftführer: Herr Dr. Dalla Rosa.

Der Vorsitzende spricht der Gesellschaft den Dank für seine Wahl aus.

Der Vorsitzende macht die Mittheilung, dass Herr Dr. A. Eder in einem an das Präsidium gerichteten Schreiben die Gesellschaft für Montag, den 25., um 7 Uhr Abends, zur Besichtigung seiner neu erbauten Heilanstalt (Josefstadt, Schmidtgasse Nr. 14) einladet.

Herr Prof. v. Reuss stellt einen Fall von Tuberculose der Conjunctiva vor.



Herr Prof. **Hofmokl** hält seinen angekündigten Vortrag über „Chirurgie der Gallenwege".

An der Discussion betheiligen sich Herr Doc. Dr. Maydl und Herr Prof. Weinlechner.

Herr Prof. **Drasche** beschränkt sich in Anbetracht der vorgerückten Stunde darauf, die Hauptmomente seines angekündigten Vortrages über „die Wirkung des Strophanthus hispidus auf das Herz" hervorzuheben und behält sich vor, den Vortrag in der nächsten Sitzung in extenso zu halten.



Programm

der am Freitag den 29. April 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Dr. **Richter** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Prof. **Drasche**: Ueber die Wirkung des Strophanthus hispidus auf das Herz.
2. Herr Prof. **Urbantschitsch**: Ueber den Einfluss von Trigeminusreizen auf den Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut.

Einen Vortrag hat angemeldet Herr Reg.-Arzt Dr. Gschirhackl.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert**.
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

5. Mai 1887. Nr. 15.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 22. April 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **C. Toldt.**
Schriftführer: Herr Dr. **Dalla Rosa.**

Herr Prof. **v. Reuss** stellt einen Fall von Tuberculose der Conjunctiva vor.

Er betrifft einen 66jährigen schlechtgenährten Mann, dessen Vater im 64. Jahre an „Lungensucht" starb und der einen 19jährigen Sohn an Lungentuberculose verlor. Er selbst hat obsolete Phthise in der rechten Lungenspitze und hustet seit langer Zeit.

Seit einem Jahre bemerkt er, dass sein rechtes Auge nicht normal sei, stellte sich an der Poliklinik vor, blieb aber bald aus und kam erst vor einigen Wochen wieder. Der Befund vom October und April ist vollkommen derselbe.

Die Lider des rechten Auges sind nur wenig geschwellt, die Bindehaut des Unterlides ist leicht körnig geschwellt und geröthet im Fornix undurchsichtig; die des Oberlides sehr verdickt, mit rundlichen, abgeplatteten flachen, nicht durch tiefe Furchen geschiedene Erhabenheiten bedeckt. In der äusseren Hälfte derselben befindet sich ein rundlicher flacher Substanzverlust von 12 Mm. Durchmesser mit gewulsteten, etwas derber anzufühlenden Rändern und mit grossen, rundlichen, etwas blässeren Granulationen bedecktem Grunde; er blutet leicht und reicht weder bis zum Lidrande, noch bis zum Fornix. Conj. bulbi, Cornea und Thränensack sind normal. Am rechten Unterkieferwinkel befindet sich eine haselnussgrosse geschwellte Drüse. Die Beschwerden sind nur die, welche durch die reichliche Schleimsecretion bedingt sind, anderweitige Schmerzen fehlen.

Die von Dr. **Hajek** vorgenommene Untersuchung eines aus dem Geschwürsrande ausgeschnittenen Stückes ergab das Vor-

kommen von Riesenzellen und den äusserst zahlreichen Tuberkelbacillen; im Secrete fanden sich keine solchen, dagegen in vom Geschwürsrande abgeschabten Massen. Auch das Sputum enthielt dieselben Bacillen.

Da dieser Befund, sowie das Aussehen des Geschwüres und der Verlauf andere Affectionen ausschliessen, so bleibt nur Tuberculose und Lupus übrig, welche von den Meisten für zusammengehörige Processe gehalten werden. Wollte man sie aber trennen, so würden die gewichtigeren Gründe für die Diagnose Tuberculose stimmen, vor Allem das Vorkommen des gleichen Processes in den Lungen des Kranken und wahrscheinlich auch seines Vaters und Sohnes, sowie das Isolirtbleiben des Processes an der Bindehaut seit einem Jahre, ohne dass an der Haut irgend andere Eruptionen von Lupus aufgetreten sind.

Herr Prof. Dr. Hofmokl hält seinen angekündigten Vortrag über „Chirurgie der Gallenwege".

Der Vortragende stellt zuerst zwei diesbezügliche, von ihm operirte Fälle vor. Der erste Fall betrifft eine 40jährige Frau, bei welcher H. am 6. Februar 1885 wegen Hydrops der Gallenblase eine Cholecystotomie ausführte, mit consecutiver Anheftung der Gallenblase an die Bauchwunde und Entfernung von 20 Gallensteinen. Die später sich entwickelnde Gallenfistel wurde durch Operation definitiv geschlossen, so dass die Kranke im April 1885 geheilt war.

Die Heilung dieser Kranken ist bis jetzt (Zeitdauer 2 Jahre) noch stets eine bleibende. An der Stelle, wo die vergrösserte Gallenblase sich befand, fühlt man eine leichte Einziehung und ein deutliches Pulsiren der Aorta. Die Gallenfistelnarbe ist solid, nirgends aufgebrochen; von einer neuen Anbildung von Gallensteinen ist keine Spur nachweisbar; das Allgemeinbefinden der Kranken ist ein vollkommen gutes.

Der zweite Fall betrifft eine Frau von 45 Jahren, bei welcher H. desgleichen wegen Hydrops der Gallenblase, am 29. März 1887 die Cholecystotomie ausgeführt und zwei kastaniengrosse Gallensteine entfernt hat. Die Wunde ist noch nicht verheilt. Bis zum Tage der Vorstellung der Kranken war aus der Gallenblasenwunde keine Galle ausgeflossen. Das Befinden der Kranken ist sonst gut.

H. bespricht nun die verschiedenen Erkrankungen der Gallenwege, welche einen chirurgischen Eingriff möglicher Weise erheischen können. Die Hauptveranlassung geben dazu Gallensteine und die dadurch oft bedingten pathologischen Processe in der Gallenblase und den Gallengängen, als: Hydrops, Empyem der Gallenblase, vollständige oder zeitweilige Verstopfung des Ductus choledochus dadurch, als auch durch mannigfache andere

Ursachen; endlich bespricht H. eine weitere Veranlassung für einen operativen Eingriff traumatischer Verletzungen und Neoplasmen der Gallenblase.

Zur Diagnose der Gallenblasentumoren fügt H. hinzu, dass die ausgedehnte Gallenblase, durch adhäsive Verwachsungen mit der Umgebung, eine mehr rundliche oder halbkugelige Form annehmen kann und durch Bildung von Divertikeln an der Oberfläche uneben erscheinen kann, wie es in seinem zweiten Falle vorgekommen ist. Auch der Stiel kann in Folge Verwachsungen sehr breit sein und dadurch die Beweglichkeit eine mehr beschränkte werden. Die Verwachsungen mit Darmpartien haben desgleichen einen ganz ungleichen Einfluss auf die percutorischen Erscheinungen der Geschwulst. Die Explorativpunction zur Feststellung der Diagnose hält H. nicht immer für gefahrlos und räth lieber die Explorativincision an.

Was die verschiedenen, gegenwärtig geübten Operationen an der Gallenblase und den Gallengängen anlangt, so stimmt H. wesentlich mit den Ansichten derjenigen überein, die die Operation des öfteren bereits ausgeführt haben, glaubt jedoch, die ganze Frage sei noch nicht spruchreif, weil zu wenig lange Beobachtungen nach erfolgter Heilung solcher Fälle vorliegen. Die Cholecystotomie, sowie die Cholecystectomie haben gewiss beide ihre Anzeigen und ihre Berechtigung, dafür sprechen die damit bereits erzielten günstigen Resultate, doch hält H. die Cholecystotomie für bedeutend leichter in der Ausführung und weniger gefährlich für den Kranken.

Sollte sich ferner durch die Erfahrung erweisen, dass eine Recidive der Gallensteinbildung, nach ausgeführter Cholecystotomie gar nicht oder nur höchst selten eintritt, und jede Gallenfistel, wo der Ductus choledochus durchgängig, durch eine Operation leicht und sicher zu verschliessen ist, dann würde die Cholecystomie gewiss der Cholecystectomie den Rang abstreiten. Der Vorschlag von Campaignac (Cholecystotomie mit Unterbindung des Ductus cysticus mittelst eines Seidenfadens) dürfte vielleicht in der Zukunft die meiste Beachtung finden, da er gewisse Gefahren der Cholecystectomie vermeidet und die Bildung einer lästigen Gallenblasenfistel verhindert.

Bei dauerndem Verchluss des Ductus choledochus ist die Bildung eines neuen Duct. choledochus aus der Gallenblase selbst, nach dem Vorgeben Winiwarters, vorläufig gewiss der einzige rationelle Ausweg. Bei der Nachbehandlung der Cholecystomie räth H. die Drainage längere Zeit liegen zu lassen, da zuweilen noch Steine nachrücken und durch eine zu enge äussere Wundöffnung dann schwer zu entfernen wären.

Der Hartnäckigkeit, beim späteren künstlichen Verschluss von entstandenen Gallenfisteln, glaubt H. nebst anderen auch dadurch

noch zu begegnen, dass er die Gallenblase blos an das Peritoneum der Bauchwandwunde anzunähen rathet (Fall 2) und nicht eine Vereinigung mit der Bauchwunde, resp. der Haut, durch Hineinziehen der durch vorausgegangene Punction erschlafften Gallenblase in die Bauchwunde. Beim künstlichen Verschluss der Gallenfisteln dürfte eine vollständige Anfrischung und Umschneidung des ganzen Wundrandes der Fistel und eine doppelte Etagennaht am schnellsten noch zum Ziele führen (Fall 1).

Der Vortragende glaubt schliesslich, durch Zusammenstellung einer grossen Reihe von pathologischen anatomisch secirten, einschlägigen Fällen, bei welchen der Tod ausschliesslich durch Erkrankungen der Gallenwege allein bedingt war und wo eine chirurgische Operation möglicherweise lebensrettend hätte wirken können, näheren Aufschluss darüber zu erlangen, wie gross die Häufigkeitsscala solcher Fälle bisher war und welche Resultate die Chirurgie der Gallenwege sich in Zukunft zu versprechen hat.

Herr Doc. Dr. **Maydl.** In den Darmcanal übergetretene Gallensteine können weitere Gefahren bedingen, und zwar 1. Gangrän erzeugen, indem sie in einem präformirten Divertikel (Haustra coli) stecken bleiben, oder sich im Dünndarme einen solchen bilden; 2. zur Bildung von Darmgeschwüren mit consecutiven Darmstricturirungen führen; 3. chronischen oder acuten Ileus erzeugen. Unter über 1100 von Leichtenstern zusammengestellten Fällen von Darmobstruction waren 41 durch Gallensteine bedingt.

Obstruction kommt namentlich bei massenhaft auf einmal in dem Darm gelangenden oder bei grossen Steinen zu Stande. Der massenhafte Uebertritt von Gallensteinen in den Darm kann entweder vom Duct. choledoch. oder direct von der Gallenblase aus nach vorher erfolgter Adhäsion der letzteren an das Quercolon oder Duodenum stattfinden.

Es können auch grosse Steine per vias naturales abgehen, wovon folgender Fall ein Beispiel liefert. Eine Frau kam auf Prof. Albert's Klinik mit einer bereits 14 Tage andauernden Darmobstruction. Die Untersuchung ergab keinerlei Anhaltspunkte für einen operativen Eingriff. Bald darauf ging mit dem Stuhl ein grosser Gallenstein ab und Patientin war von ihren Beschwerden befreit. Die Erschütterung auf der langen Eisenbahnreise nach Wien hatte wohl den im Darme festgeklemmten Stein flott gemacht, welcher sodann mit dem Stuhl entleert wurde. Der Stein zeigte eine spiralig gefurchte Oberfläche (von der Valv. Heisteri her?).

Herr Prof. **Weinlechner** hat an der Leber bei Echinococcus wiederholt operirt, noch nie dagegen an der Gallenblase, einen Fall ausgenommen, bei welchem es sich um eine durch ein langes, scharfes Messer beigebrachte penetrirende Bauchwunde handelte.

Nach Vornahme der Laparotomie zeigte sich der Darm an drei Stellen verletzt mit relativ geringem Kothergusse in den freien Bauchraum, da die Wundränder entropionirt waren, ausserdem die Gallenblase angeschnitten. Die Wunden, auch die der Gallenblase wurden vernäht, die Bauchhöhle desinficirt.

Patient starb, und die Obduction ergab ausser dem correcten Verschlusse der Darmwunden und der gefüllten Gallenblase noch eine Magenwunde hinter dem grossen Netze, welche übersehen und nicht vernäht worden war. — Im Anschlusse an die Bemerkungen Dr. Maydl's erwähnt W. einen Fall, zu welchem er auf die Abtheilung des damals erkrankten Prof. Salzer gerufen wurde. Es handelt sich um Ileus mit Kotherbrechen, Auftreibung des Unterleibes und rechtsseitiger Schenkelhernie, welche sich bei der von Dr. Rothziegel vorgenommenen Operation als ein nicht incarcerirter Netzbruch herausstellte. Patient starb schliesslich und die Section ergab als Ursache des Ileus einen im Dünndarme eingeklemmten Gallenstein von der Form etwa eines Korkstöpsels mit abgerundeten Rändern, welcher im Dünndarmrohre schräg lag und dasselbe verstopfte. Der Stein war wohl durch die natürlichen Wege herabgekommen; Duct. cystic. und choledoch. waren erweitert, deren Wandungen infiltrirt und verdickt. Nach wiederholten Entzündungen der Gallenwege hatte doch dessen Uebertritt in's Duodenum stattgefunden.

Da die Zeit schon zu weit vorgerückt ist, gibt Herr Prof. Drasche nur eine gedrängte Uebersicht seines angekündigten Vortrages über „die Wirkung des Strophanthus hispidus auf das Herz" und behält sich ausführlichere Mittheilungen über dieses Thema für die nächste Sitzung vor.

Wien, am 29. April 1887.

Der Vorsitzende: Dr. Richter.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 29. April 1887.

Vorsitzender: Herr Dr. Richter.

Schriftführer: Herr Dr. Török.

Herr Dr. Richter spricht der Gesellschaft den Dank aus für die ihm zu Theil gewordene Wahl zum Vorsitzenden.

Herr Dr. Fritz Salzer demonstrirt einen Kranken, bei welchem er, wegen einer vier Jahre lang bestehenden Neuralgie, die Resection des dritten Trigeminusastes am Foramen ovale, nach eigener Methode mit Erfolg ausgeführt hat.

Herr Prof. Schenk zeigt Proben eines neuen, zur directen Beobachtung der Entwicklung der Bacillen geeigneten, durchsichtigen, aus coagulirten Eiweiss bestehenden Nährbodens.

Der Vorsitzende verliest eine Zuschrift des Herrn Prof. E. Albert, worin dieser eine vorläufige Mittheilung macht über die von ihm ausgeführten Untersuchungen, betreffend die Blutcirculation im Schädel bei Gehirnerschütterung.

Herr Prof. Drasche hält seinen Vortrag über „die Wirkung des Strophanthus hispidus auf das Herz". Die Herren Prof. v. Basch, Dr. Teleky und Dr. Pins knüpfen daran einige Bemerkungen.

Der vorgerückten Stunde wegen wird Herr Prof. Urbantschitsch seinen angekündigten Vortrag über „den Einfluss von Trigeminusreizen auf den Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut" erst in der nächsten Sitzung abhalten.



Programm

der am Freitag den 6. Mai 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. Bamberger stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Prof. Urbantschitsch: Ueber den Einfluss von Trigeminusreizen auf den Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut.
2. Herr Dr. Rabl: Ueber Aetiologie der Scrophulose.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Reg.-Arzt Dr. Gschirhackl, Dr. A. Lorenz.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: Die k. k. Gesellschaft der Aerzte. — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. E. Albert.
Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

12. Mai 1887. Nr. 16.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 29. April 1887.

Vorsitzender: Herr Dr. **Richter**.

Schriftführer: Herr Dr. **G. v. Török**.

Herr Dr. **Richter** spricht der Gesellschaft seinen Dank aus für die ihm zu Theil gewordene Wahl zum Vorsitzenden.

Herr Dr. **F. Salzer** stellt einen Patienten der Klinik **Billroth** vor, der seit 4 Jahren an Neuralgie des dritten Astes des linken Trigeminus litt. Nachdem medicamentöse und elektrische Behandlung, periphere Durchschneidungen und Carotisunterbindung erfolglos geblieben waren, wurde schliesslich die Resection des Nerven am Foramen ovale vorgenommen. Ausser der Heilung der Neuralgie hatte die Operation auch Anästhesie gewisser Partien der Gesichtshaut, der Mundschleimhaut und der Zunge, sowie die Lähmung der Kiefermusculatur der betreffenden Seite zur Folge.

Herr Prof. **Schenk** demonstrirte einen festen Nährboden zur Züchtung der verschiedenen Mikroorganismen, welcher durch seinen hohen Grad von Durchsichtigkeit, durch seinen Eiweissgehalt, als auch anderer zugesetzten Substanzen, alle Bedingungen erfüllt, die zur Ernährung der darauf gezüchteten Bacillen oder Mikrococcen nöthig sind.

Wenn man ein Vogelei eröffnet und den Inhalt in ein Gefäss bringt, so beobachtet man um den gelben Dotter eine Eiweissmasse, deren innere Lage viel dichter und von homogenen Septen durchzogen ist. Nach aussen von dieser ist eine klarere Schichte, deren Eiweissmasse dünnflüssiger ist und welche spärliche oder auch bei einigen Vögeln gar keine Septa besitzt. Besonders sind es die Eier mancher Sumpfvögel, Stelzvögel, deren äussere Eiweissschichte bei Gerinnung nicht zu einer trüben Masse bei höherer Temperatur

(65—70°) C. umgestaltet wird, sondern eine klare, durchsichtige, schwach opalisirende, erstarrte Eiweissmasse bleibt (Kiebitzeier, Tachanow-Pataeiweiss). Angezeigt ist es, ungefähr mit einem vierten Theil Wasser vor der Gerinnung das Eiweiss zu verdünnen. Man kann eventuell, je nach Erforderniss Kochsalz, Dextrin, Kleister, Zucker oder Glycerin noch hinzusetzen. Selbstverständlich muss man nach den bekannten Erfahrungen die discontinuirliche Sterilisation des Nährbodens durchführen. Die Methode, auf Platten den erwähnten Nährboden für die mikroskopische Untersuchung herzurichten, sowie die weiteren Resultate wird Herr Dr. Dal Pozzo aus Italien, der sich hiermit, über Aufforderung des Vortragenden, im embryologischen Institute beschäftigt, in den medicinischen Jahrbüchern der Gesellschaft ausführlich mittheilen.

Der Vorsitzende verliest nachfolgenden Brief des Herrn Prof. E. Albert.

Hochverehrter Herr Vorsitzender!

„Durch die heute 7 Uhr Abends stattfindende Sitzung der Enquête des Abgeordnetenhauses am Erscheinen verhindert, bitte ich, die beiliegende vorläufige Mittheilung verlesen zu lassen, und zeichne im Voraus dankend

Hochachtungsvoll ergeben

Prof. Albert.“

Diese vorläufige Mittheilung lautet:

„In der letzten Zeit wurden hier durch Gärtner, darauf durch Gärtner und Julius Wagner Mittheilungen gemacht, welche einerseits über die Circulation in verschiedenen Organen im Allgemeinen, andererseits über den Kreislauf in der Schädelhöhle insbesondere, Aufschlüsse enthielten, welche die bisherigen Anschauungen in mancher Beziehung richtig zu stellen geeignet sind.

Die von Gärtner und Wagner eingeschlagene Methode bot mir die schon längere Zeit, aber vergeblich, gesuchte Möglichkeit, die Frage nach dem Verhalten der Blutcirculation im Schädel bei Gehirnerschütterung in Angriff zu nehmen.

Dem Beispiele Koch's und Filehne's folgend, erzeugte ich die Erschütterung des Gehirnes durch Verhämmerung des Schädels an schwach curarisirten Hunden.

Behufs der Bestimmung der Geschwindigkeit des Blutabflusses wurde jene Vene, welche die directe Fortsetzung des Sinus transversus bildet, genau nach den Angaben von Gärtner und Wagner präparirt und die in der Zeiteinheit fallenden

Tropfen gezählt, während die Cruralis mit dem Kymographion in Verbindung stand.

Es zeigte sich nun, dass schon die ersten Hammerschläge eine bedeutende Zunahme der Ausflussgeschwindigkeit zur Folge hatten. Dieser Eingriff bewirkte aber gleichzeitig auch eine bedeutende Drucksteigerung bei verlangsamter Pulsfrequenz. Schon nach Ablauf einer kurzen Zeit sinkt jedoch der Druck, die rasche Strömung des Blutes dauert indessen an und ist noch immer vorhanden, wenn der Druck auch tief unter die Ausgangshöhe gesunken ist.

Die Dauer des Versuches erstreckte sich in einem Falle über 25 Minuten; während dieser ganzen Zeit hielt die raschere Strömung an.

Aus den Versuchen folgt, dass die Erschütterung des Schädels durch Verhämmerung neben der, für die Gehirnerschütterung charakteristischen Vagusreizung, eine beträchtliche Erweiterung der Hirngefässe in analoger Weise zur Folge hat, wie dies Gärtner und Wagner in Bezug auf die elektrische Reizung der Hirnrinde erwiesen haben.

Wien, am 29. April 1887. Prof. E. Albert.“

Hierauf hält Herr Prof. Drasche einen Vortrag über „die Wirkung des Strophanthus hispidus auf das Herz“. D. theilte seine Versuche mit, welche er mit dem von Fraser als Ersatzmittel der Digitalis empfohlenen Strophanthus hispidus — in die Familie der Apocynaceen gehörig, in den Tiefebenen Central-Afrikas heimisch und daselbst als Pfeilgift verwendet — bei Gesunden und Kranken angestellt hat. Nach Fraser ist der Strophanthus ein Muskelgift, welches aber vorzugsweise auf das Herz als Tonicum auf dessen Musculatur und als Regulator auf dessen Thätigkeit einwirkt, ohne die contractilen Gefässelemente zu beeinflussen oder anderweitige unangenehme oder unbeabsichtigte Nebenwirkungen zu haben. Die diuretische Wirksamkeit wird von Fraser besonders hevorgehoben, sowie auch, dass der Strophanthus keine cumulative Wirkung wie die Digitalis äussere. Die von demselben gebrauchte Tinctur wurde aus einem Theile Samen und 20 Theilen Alkohol auf dem Percolationswege bereitet.

Hiervon verwendete er täglich je 20, 15 oder 5 Tropfen, zweimal des Tages in vierstündigen Zwischenräumen. Zu subcutanen Injectionen gebraucht er das aus den Samen bereitete Strophanthin (Glycosid), je ein Milligramm, welches eigentlich der toxische Stoff des Strophanthus ist. Der sicheren Wirkung wegen benützte D. zu seinen Versuchen die Tinctura strophanthi mit Aqua laurocerasi zu gleichen Theilen. Bei Gesunden sah er nach 10 Tropfen Tinctura strophanthi den Puls innerhalb der kürzesten

Zeit — nach selbst einigen Minuten — um 8 bis 12 Schläge sinken, welche Verlangsamung selbst einen Tag lang anhielt. Die Wirkung auf die Respiration war hierbei nicht augenfällig, wohl aber fiel die Temperatur mitunter um mehrere Zehntel, selbst bis um 1 Grad. Die Wirkung der Tinctura strophanthi auf die Herzthätigkeit war auch durch Blutdruckmessungen nachweisbar. Ausser etwas Schlundbrennen bei öfter wiederholten grösseren Gaben wurden meist keine weiteren Nebenwirkungen in der ersten Reihe dieser Versuche beobachtet. Bei Herzkranken im Stadium der Compensationsstörungen hatten 3—4 Gaben der Strophanthustinctur zu je 10 Tropfen meist die beabsichtigte und von Fraser angegebene Wirkung. Der Puls wurde retardirt, regelmässiger, kräftiger, die Beklemmung, Oppression, geringer und die Harnausscheidung mitunter sehr profus. Auf 30 Tropfen pro die trat manchmal eine wahre Euphorie ein, die Kranken entleerten Harnmengen, wie solche bei dem Digitalisgebrauche gar nie vorkamen; dabei verminderten sich die Hydropsieen augenfällig und fühlten sich die Kranken viel wohler.

Bei Gegenversuchen von Strophanthus und Digitalis ergab sich eine weit grössere Harnmenge bei Ersterem als bei Letzterer.

D. hält nach seinen Versuchen den Strophanthus bezüglich der Wirksamkeit für fast gleichwerthig der Digitalis und gibt ihm aber vor ihr insofern den Vorzug, als sie beim Strophanthus eine viel promptere und keineswegs cumulative ist, die Kranken das Mittel überhaupt länger und besser vertragen als die Digitalis. Indess äussern dieselben manchmal, namentlich bei grösseren Gaben und ohnedies afficirten Verdauungsorganen Schlund- und Sodbrennen. Gastro-intestinale Störungen wurden nur sehr selten beobachtet. Die Behauptung Fraser's, dass dem Strophanthus alle Vorzüge der Digitalis zukommen, aber nicht deren Nachtheile, ist nicht so ganz ausnahmslos zutreffend. Wohl aber kann dem beigestimmt werden, dass unter allen bisher bekannten Ersatzmitteln der Digitalis der Strophanthus jedenfalls das beste und wirksamste ist. Wenn derselbe bei manchen Herzkranken keine Wirksamkeit mehr zeigt, so sind es eben solche mit hochgradigsten Compensationsstörungen, gegen welche aber auch die Digitalis nichts mehr zu leisten vermag.

Herr Prof. v. **Basch** interpellirt den Vortragenden über die Maximaldosis bei der Darreichung des Strophanthus.

Herr Prof. **Drasche** bezeichnet als solche 40 Tropfen der reinen Tinctur pro die.

Herr Dr. **Teleky** erwähnt, dass alle bisher vorgeschlagenen Ersatzmittel für Digitalis meist wirkungslos waren, zumal auch das in der letzten Zeit gepriesene Spartein. Auch Tinctura strophanthi hat ihm bei einem Herzkranken keinen Nutzen gebracht,

so dass Teleky wieder zur Digitalis zurückkehren musste. Schädliche Wirkungen hätte er freilich vom Strophanthus nicht beobachtet.

Herr Prof. **Drasche** beruft sich auf seine genauestens ausgeführten Versuche, welche eine weitere Verwendung der Tinctura strophanthi als sehr empfehlenswerth erscheinen lassen. Ausserdem verwahrt sich D. dagegen, als würde er nun die Digitalis für vollkommen entbehrlich halten.

Herr Dr. **Pins** hat einen Kranken mit Tinctura strophanthi behandelt und ist von der Wirksamkeit des Mittels sehr befriedigt. Er bezeichnet besonders die diuretische Wirkung des Strophanthus als eine verlässliche. Auch die Dispnoe hatte sich bedeutend gebessert. Manchmal wäre wohl nach der Darreichung des Mittels ein leichtes Frösteln des ganzen Körpers beobachtet worden.

Der vorgerückten Stunde wegen wird Herr Prof. **Urbantschitsch** seinen angekündigten Vortrag über „den Einfluss von Trigeminusreizen auf den Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut" erst in der nächsten Sitzung abhalten.

Wien, am 6. Mai 1887.

Der Versitzende: Dr. Bamberger.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 6. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. **v. Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Doc. Dr. **Lorenz** stellt einen Fall von operativ (durch Enucleation des Talus) geheiltem Klumpfuss vor.

Herr Prof. Dr. **Urbantschitsch** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber den Einfluss von Trigeminusreizen auf den Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut.

Herr kais. Rath Dr. **Rabl** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Aetiologie der Scrophulose.



Programm

der am Freitag den 13. Mai 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofrathes **Breisky** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Doc. Dr. **Lorenz**: Ueber die Entstehung der paralytischen Gelenks-Contracturen nach der spinalen Kinderlähmung.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Regimentsarzt Dr. **Gschirhackl** und Prof. v. **Fleischl**.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

19. Mai 1887. Nr. 17.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 6. Mai 1887. — Summarischer Bericht über die Sitzung vom 13. Mai 1887. — Programm der Sitzung am 20. Mai 1887.

Protokoll der Sitzung vom 6. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Doc. Dr. **Lorenz** stellt einen 11jährigen Knaben vor, welcher mit beiderseitigem angeborenen Klumpfusse behaftet ist, und schildert die therapeutischen Massnahmen, welche an dem Patienten seit dessen Geburt angewendet wurden. Der Erfolg derselben war schliesslich der, dass der Knabe im Herbste vorigen Jahres auf der äusseren Fläche des Fussrückens mühsam gehen konnte.

L. nahm das forcirte Redressement der Klumpfüsse nach J. Wolff beiderseits dreimal vor, konnte aber damit nur an dem linken Fusse ein gutes Resultat erzielen, während der rechte Fuss allen Correctionsversuchen einen unüberwindlichen Widerstand entgegensetzte. L. sah sich daher nach mehr als dreimonatlicher ziemlich resultatloser Behandlung genöthigt, an dem rechten Klumpfusse die Enucleation des Sprungbeins vorzunehmen. Nach Entfernung desselben aus seiner Nische zeigte sich eine solche Incongruenz zwischen der Malleolengabel und dem Fersenbein, dass eine Coaptirung der Gelenkkörper sich als nothwendig erwies. Um einem Schlottergelenke vorzubeugen und eine Recidive der Klumpfussstellung durch spätere Drehung des Fersenbeines um seine sagittale Längsachse im Sinne der Supination zu verhindern, frischte L. die zu gegenseitigem Contacte bestimmten Knochenflächen des nunmehrigen Calcaneocruralgelenkes auf, um eine ossäre Vereinigung derselben herbeizuführen und die Möglichkeit einer späteren Recidive damit vollständig auszuschliessen. Da die Talusenucleation die Einwärtskehrung der Fussspitze wegen der Adductionskrümmung des vorderen Fersenbeinfortsatzes nicht behebt, so fixirte L. den ganzen Fuss in einer Abductionsstellung an der unteren Fläche

der Unterschenkelknochen. Das war nur nach Abtragung des äusseren Knöchels in der Höhe der unteren Tibiagelenkfläche möglich.

L. verbindet demnach die Exstirpation des Talus mit einer Arthrodese des Calcaneocruralgelenkes bei Abductionsstellung des ganzen Fusses zum Unterschenkel.

Die aufgehobene Beweglichkeit des nunmehrigen Knöchelgelenkes wurde durch vermehrte compensatorische Beweglichkeit der vorderen Knochenverbindungen des Fusses paralysirt. Uebrigens verschwinde dieser kleine Nachtheil gegenüber der Unmöglichkeit einer späteren Recidive. Die Fussform, welche durch die Operation erzielt wird, ist eine sehr gute, der Patient tritt mit flacher, voller Sohle auf.

Ferner demonstrirt L. zwei Sprungbeine, welche er kürzlich bei einem anderen Falle von beiderseitigem angeborenen veraltetem Klumpfusse, der allen unblutigen Massnahmen Trotz geboten hatte, exstirpirte. Patient ist geheilt, hat aber noch keine Gehversuche gemacht. Am rechten Fusse wurde die Operation ganz analog gemacht. Am linken Fusse jedoch wurde keine Anfrischung der nunmehr zu gegenseitigem Contacte bestimmten Gelenkflächen vorgenommen, sondern L. beschränkte sich darauf, den Calcaneus der Länge nach etwas zu verschmälern, so dass er in die Tiefe der Malleolengabel hineingepresst werden konnte. In diesem Falle wurde nur die knorpelige Spitze des Malleolus externus abgetragen.

L. betont, dass die Enucleation des Talus nur als der erste Act der Klumpfussoperation zu betrachten sei, während die Coaptirung der Wände der Talusnische aneinander, in der einen oder der anderen Weise, den nicht minder wichtigen Schlussact der Operation vorstelle und gibt der Ueberzeugung Ausdruck, dass Talusenucleation in den betreffenden Fällen die Operation der Zukunft sein werde.

Herr Prof. Dr. Urbantschitsch hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber den Einfluss von Trigeminusreizen auf den Tast- und Temperatursinn der Gesichtshaut.

Eine grössere Reihe von Untersuchungen an Patienten mit Entzündung der einen Paukenhöhle, ergab das auffällig häufige Vorkommen von Störungen der Tast- und Temperaturempfindung an der dem erkrankten Mittelohr entsprechenden Gesichtshälfte. U. untersuchte an zehn diesbezüglichen Fällen das Verhalten der Tast-, Druck- und Temperatursempfindlichkeit in den verschiedenen Phasen der Ohrentzündung. Die cutane Empfindlichkeit ergab seitens der erkrankten Gesichtshälfte eine allmälige Steigerung der anfänglich herabgesetzten Empfindlichkeit gegen Pinselstriche, im Verhältniss zur abnehmenden Entzündung des Mittelohres, so dass nach deren Ablauf in den meisten Fällen bilateral die gleiche

tactile Empfindlichkeit bestand. Dasselbe Resultat fand sich betreffs der Druckempfindlichkeit vor, und zwar bezüglich der vom Vortragenden beobachteten tactilen Nachempfindungen. In gleicher Weise verloren sich an der Gesichtshälfte seitens des erkrankten Mittelohres, gleichzeitig mit der Ohrentzündung, die in einer Reihe von Fällen erhöhten, in anderen Fällen verminderten Temperatursempfindungen, deren Differenz ursprünglich gewöhnlich $^1/_2$ Grad Réaumur betrug. Der vom Vortragenden aus diesen Beobachtungen gezogene Schluss, dass die beschriebenen Veränderungen des Tast- und Temperatursinnes reflectorischer Natur seien, wurde durch Reizversuche der sensitiven Aeste des Mittelohres bestätigt, da jede Irritation der sensiblen Mittelohrnerven rasch vorübergehende Veränderungen der Tast- und Temperatursempfindlichkeit an der betreffenden Gesichtshälfte herbeiführt. Da auch eine Reizung der sensiblen Trigeminusnerven des Gesichtes ganz gleiche Resultate ergab, so hält sich der Vortragende zu der Annahme berechtigt, dass die bei Mittelohrerkrankungen auftretenden Störungen des Tast- und Temperatursinnes an der Gesichtshaut reflectorischer Natur sind, hervorgerufen durch einen Reiz der betreffenden sensorischen Centren seitens der sensitiven Nerven, vor Allem des Trigeminus.

Herr Hofr. Prof. Meynert richtet an den Vortragenden die Frage, ob er sich eine Erklärung für das Phänomen der indirecten Nachempfindung gebildet habe.

U. glaubt, dass diese Nachempfindung ähnlich wie bei allen Sinnesempfindungen entstehe und dass die Unterbrechung derselben auf einer Reizerschöpfung beruhe, nach deren Vorübergehen die Empfindung neuerdings auftritt.

Meynert macht aufmerksam, dass in der Gehirnernährung ein Phänomen besteht, welches erklären könnte, dass in Zeiträumen von Secunden vielleicht Veränderungen in der Erregbarkeit stattfinden könnten. Dieses besteht darin, dass ausser der Systole des Herzens noch ein anderer Factor eine Systole und Diastole der Gefässe hervorruft; dieser liegt in der sogenannten Gefässwelle, wobei die eine und die andere dieser Phasen eine Schwankung in der Erregbarkeit setzen könnte.

Herr kais. Rath Dr. Rabl hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Aetiologie der Scrophulose.

Wien, am 13. Mai 1887.

Der Versitzende: Breisky.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 13. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. **Breisky.**

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko.**

Der Vorsitzende verliest eine an die Gesellschaft der Aerzte gerichtete Einladung zur Theilnahme an der mit der Enthüllung des Wickenburg-Monumentes verbundenen Feier des 50jährigen Jubiläums des Curortes Gleichenberg.

Der Schriftführer verliest die folgenden zwei vorläufigen Mittheilungen: „Ueber die Kreislaufsverhältnisse in den Unterleibsorganen" von Assistent Dr. C. Ikalowicz und Dr. J. Pal und eine „vorläufige Mittheilung von Doc. Dr. M. Abeles" betreffend den Nachweis von Zucker im direct aus den Lebervenen entnommenen Blute.

Herr Dr. **Teleky** spricht den Wunsch aus, es möchten in Zukunft derartige Mittheilungen von den Autoren persönlich vorgetragen werden.

Herr Dr. **J. Hochenegg** stellt einen Fall von geheilter Actinomycose der Wange vor.

Herr Stabsarzt Dr. v. **Fillenbaum** stellt einen Fall von Polydactylie vor.

Herr Doc. Dr. **Lorenz** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber die Entstehung der paralytischen Gelenkscontracturen nach der spinalen Kinderlähmung."

An der sich daran anschliessenden Discussion betheiligen sich die Herren Prof. Weinlechner, Prof. Hofmokl, Prof. Albert, Docent Dr. Freud und der Vortragende.



Programm

der am Freitag den 20. Mai 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Professor **Toldt** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Regimentsarzt Dr. **Gschirhackl**: Ueber Urethroskopie.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. v. Fleischl und Prim. Wertheim.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



26. Mai 1887. Nr. 18.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 13. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. **Breisky.**

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko.**

Der Vorsitzende verliest den nachfolgenden, an die Gesellschaft der Aerzte gerichteten Brief:

Löbliche k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien!

Das ergebenst gefertigte Festcomité beehrt sich hiermit zur geneigten Kenntniss zu bringen, dass am 22. d. M. die Enthüllung des Wickenburg-Monumentes, verbunden mit der Feier des 50jährigen Jubiläums des Curortes Gleichenberg stattfindet.

Wir erbitten uns die besondere Ehre der Theilnahme an diesem Feste.

Curort Gleichenberg, 12. Mai 1887.

Für das Festcomité
der Obmann Gottf. Holzer.

Der Schriftführer verliest die zwei folgenden, der Gesellschaft der Aerzte übersandten vorläufigen Mittheilungen.

Ueber die Kreislaufsverhältnisse in den Unterleibsorganen. Vorläufige Mittheilung von Assistent Dr. C. Ikalowicz und Dr. J. Pal. (Aus dem Institute für allgem. und exper. Pathologie.)

Angeregt durch die erneute Aufnahme der Blutausflussbestimmungen seitens Dr. Gärtner, haben wir den Fundamentalsatz von Carl Ludwig und Thiry über die Regulirung des Blutdrucks durch die Bauchorgane einer weiteren Prüfung unterzogen.

Dass bei einer durch die Vasomotoren bedingten Blutdrucksteigerung die Blutgefässe der Niere sich verengern, haben C. Ludwig und Thiry durch die Inspection erkannt. Wie vor Kurzem Gärtner mittheilte, gestattet aber die Inspection kein sicheres Urtheil über die Contraction. Unzweifelhaft ist allein die Verengerung der Blutgefässe bei Messung des ausfliessenden Blutes zu erkennen. Nun hat aber die von Gärtner genannte Methode des Einbindens in die Nierenvene für Versuche von längerer Dauer manche Nachtheile im Gefolge, denn die Blutung ist zuweilen sehr heftig.

Wir haben nun der Methode von Magendie und Claude Bernard folgend eine genügend lange Cantile durch die rechte Vena jugularis ext. in die Cava ascendens und von da mit Hilfe des durch eine Bauchwunde tastenden Fingers in eine der Nierenvenen gebracht. Die Ausflussgeschwindigkeit ist hier eine geringere, da wir es nur mit einem Partialstrom zu thun haben. Ueberdies werden, was nicht zu unterschätzen ist, die Nierenvenen geschont, die Stauung, welche bei der Abbindung der Vene unvermeidlich ist, umgangen und lassen sich auf diese Weise alle schönen Ergebnisse demonstriren, welche aus den Versuchen C. Ludwig's und seiner Schüler hervorgehen.

Eine zweite Versuchsanordnung haben wir dadurch gefunden, dass wir mit der Cantile aus der Cava ascendens direct in eine der Lebervenen hineingelangt sind; was wieder mit Hilfe des zutastenden Fingers und der nachträglichen Section vollkommen sichergestellt werden kann.

Nunmehr konnten wir auch hier die Leistungen der Nervenreizungen studiren, wenngleich auch wieder nur durch einen Partialstrom, doch reicht dieser, wie die Ergebnisse gelehrt haben, zur Klärung der einschlägigen Verhältnisse aus.

Dass wir bei der Messung des Lebervenenblutes eigentlich Pfortaderblut messen, war von vorneherein klar. Die Ausflussgeschwindigkeit des letzteren hat schon Basch in C. Ludwig's Laboratorium gemessen, doch ist er durch die Milzvene in die Pfortader eingegangen und hat auf diese Weise das Milzvenenblut aus der Pfortader ausgeschlossen. Seine Resultate sind dadurch wohl im Sinne Ludwig's und Thiry's doch nicht so ausgefallen, wie sie thatsächlich für das gesammte Pfortaderblut sind. Reizt man nämlich den Splanchnicus, so ergibt sich, dass die Ausflussgeschwindigkeit aus der Dünndarmvene nach einer kurzen Beschleunigung abnimmt, wie es der Schule C. Ludwig's entspricht. Das Gleiche gilt für den Magen; anders verhält sich aber die Milz. Hier tritt bei Reizung des Splanchnicus eine durch die Contraction der Milz hervorgerufene bedeutende Vermehrung des Ausflusses auf. Demnach ist der Splanchnicus dennoch ein Vasocon-

strictor, das Resultat der Reizung jedoch ein anderes, weil die Milz ein bedeutendes Blutreservoir ist und hier der vermehrte Ausfluss selbst minutenlang andauern kann.

Prüft man nun den Partialstrom aus den Lebervenen, so zeigt sich bei Splanchnicusreizung eine 1 bis selbst 3 Minuten lang anhaltende Beschleunigung des Ausflusses — eine Beschleunigung, die aber nicht so gross ist, wie diejenige, welche bei der Splanchnicusreizung aus der Milzvene allein zu beobachten ist. Die Ausflussgeschwindigkeit aus der Leber bei Splanchnicusreizung ist also ein Resultat des Plus von Milzvenenblut und des Minus aus dem Magen- und Dünndarmblut, welches Resultat immer noch positiv, das heisst, eine Beschleunigung aufweist.

Unsere Erfahrungen über die Innervation der Lebergefässe selbst sind dermalen nicht so geartet, um Gegenstand einer vorläufigen Mittheilung zu sein. So viel können wir doch aussagen, dass diese Innervation die Klarheit des geschilderten Bildes nicht trübt. Andererseits haben uns die Beobachtungen des Leberblutstromes gelehrt, dass derselbe von den Athembewegungen in hohem Grade dominirt wird.

Wien, im Mai 1887.

Vorläufige Mittheilung von Doc. Dr. M. Abeles.

Mittelst der neuen, von den Herren Dr. Ikalowicz und Dr. Pal in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom 13. Mai 1887 mitgetheilten Methode, nämlich durch Einführung eines Catheters von der Vena jugularis direct und sicher in die Lebervenen, habe ich in einer Anzahl von Versuchen Blut aus den Lebervenen gewonnen, seinen Gehalt an Zucker bestimmt und mit dem Zuckergehalt des unmittelbar vorher oder nachher entleerten arteriellen Blutes verglichen, um zu constatiren, ob sich auf diesem Wege eine Bildung von Zucker in der Leber nachweisen lasse.

Das Ergebniss meiner Versuche war das folgende:

Es ist möglich und bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich, dass die Leber im physiologischen Zustande stetig oder auf gewisse physiologische Reize hin kleine Mengen Zucker bilde. Aus vergleichenden Blutanalysen lässt sich dies bisher nicht mit Sicherheit erschliessen. Keineswegs aber ist bei dieser Blutgewinnungsmethode eine Zuckerbildung in der Leber in dem Umfange nachzuweisen, wie dies von Seegen bei Anwendung einer anderen Blutgewinnungsmethode geschehen ist.

Die ausführliche Mittheilung meiner Versuche wird in den Medicinischen Jahrbüchern der k. k. Gesellschaft der Aerzte erfolgen.

Herr Dr. Teleki spricht den Wunsch aus, dass derartige Mittheilungen in Zukunft von den Autoren selbst vorgetragen werden mögen.

Herr Prof. Albert bemerkt, dass es sich in den verlesenen Mittheilungen um Prioritätswahrungen handeln dürfte.

Herr Prof. Kundrat bestätigt dies und kündigt die seinerzeitige ausführliche Mittheilung durch die Autoren selbst an.

Der Vorsitzende bemerkt, dass er, an den bisherigen Usus sich haltend, keinen Anstand genommen habe, jene Mittheilungen verlesen zu lassen, da keiner der Autoren in der Sitzung anwesend gewesen sei.

Herr Stabsarzt Dr. v. Fillenbaum demonstrirt einen Fall von Polydactylie: bei einem 22jährigen Soldaten findet sich am Radialrande des Mittelhandknochens des rechten Daumens ein zweiter ziemlich vollständig entwickelter Daumen knöchern implantirt; die Endphalange desselben ist unter einem rechten Winkel flectirt und passiv sowie activ bei Flexion des eigentlichen Daumens beweglich; eine Beugesehne, muthmasslich vom langen Daumenbeuger abgespalten, ist deutlich nachweisbar. Der Mann ist zur Ablation dieses überzähligen Fingers entschlossen.

Herr Dr. Lorenz hält seinen angekündigten Vortrag über „die Entstehung der Gelenkscontracturen nach der spinalen Kinderlähmung".

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die spinale Kinderlähmung hebt der Vortragende zunächst hervor, dass sich in den Anschauungen über die Entstehung der paralytischen Contracturen in den letzten Decennien ein grosser Umschwung vollzogen habe. Früher war man allgemein geneigt, alle Deformitäten und so auch die paralytischen Contracturen auf Muskelwirkung zurückzuführen. Gegenwärtig suche man dieses ätiologische Moment vollkommen zu eliminiren, und die paralytischen Contracturen durch rein äusserliche mechanische Einwirkungen zu erklären.

Delpech und Duchenne erklärten die Contracturen durch den Muskelantagonismus. Die Verkrümmungen entstehen durch die tonische Zusammenziehung der Muskeln, deren Antagonisten gelähmt sind. Werner modificirte diese Theorie dahin, dass er an Stelle des Muskeltonus die willkürlichen Contractionen der activ gebliebenen Muskeln setzte. Hueter und namentlich Volkmann erklärten die paralytischen Deformitäten der Gelenke durch die Eigenschwere der gelähmten Gliedmassen, sowie durch die pathologische Belastung derselben beim Gebrauche, und räumen der Muskelaction nur eine ganz untergeordnete nebensächliche Bedeutung ein. Der Vortragende legt die Volkmann'sche Lehre in ihrer Anwendung auf die einzelnen Gelenke dar. Ein Hauptargument Volkmann's gegen die Antagonistentheorie ist die Thatsache, dass auch bei vollständiger Lähmung, z. B. Unterschenkel- und Fussmusculatur schwere Contracturen entstehen, dass ferner die gelähmten Muskeln unter

Umständen in der Concavität der Contracturstellung sich befinden (Genu recurvatum bei Paralyse des Quadriceps). Des Ferneren entwickelt der Redner die Genese des Pes equinovarus, valgus und calcaneus nach der mechanischen Theorie. Gegen die Volkmann'sche Lehre erhob nur Seeligmüller Einsprache, indem er darthat, dass an Hand und Fuss paralytische Contracturen entstehen können, noch ehe die pathologische Belastung zur Einwirkung kommen konnte, sowie dass diese Contracturen auch gegen die Wirkung der Eigenschwere der gelähmten Gliedmasse zu Stande kommen können.

Hierauf schildert der Redner einen Fall von spinaler Paralyse an einem 1½jährigen rhachitischen Mädchen mit unvollständiger Paraplegie. Nur die Quadricepsmusculatur und die Adductoren, sowie die Musculatur der Achillessehne, die Tibiales und der Flexor halucis und Digitorum communis, sowie die kurzen Muskeln der Fusssohle waren intact, alle anderen Muskeln hingegen gelähmt. Das Kind hat niemals auch nur den Versuch machen können, sich aufzustellen, geschweige zu gehen. Es entwickelte sich an dem Kinde in rapider Weise ein ganz colossales Genu recurvatum, mit gleichzeitiger, aber viel geringerer Abductionsstellung des Unterschenkels. Die Deformität ist daher als ein beiderseitiges Genu (valgo)-recurvatum zu bezeichnen. Der von Ober- und Unterschenkel eingeschlossene Winkel beträgt beiderseits nahezu 90 Grad. Die Kniekehle springt unter scharfem Winkel nach hinten vor, die Patellae liegen an normaler Stelle. Der Bewegungsumfang der Kniegelenke liegt fast gänzlich im Gebiete der Ueberstreckung, und die geringsten Grade der Beugung verursachen lebhafte Schmerzen. Beide Füsse sind in hochgradiger Equinovarusstellung fixirt. Jeder Bewegungsimpuls an den Oberschenkeln bewirkt eine schnellende Ueberstreckung der Kniegelenke. Herr Doc. Dr. J. v. Wagner hatte die Güte, das elektromotorische Verhalten der Beinmusculatur zu prüfen. Weder an den Beugern des Unterschenkels noch an den Streckern und Pronatoren des Fusses konnte eine Contraction ausgelöst werden.

Bei dem absoluten Fehlen jedes anderen ätiologischen Momentes kann die Entstehung dieser selten hochgradigen Deformität nur auf die intacte Wirkung der Quadricepsmusculatur zurückgeführt werden, welche in den gelähmten Beugern des Unterschenkels kein Gegengewicht findet. Es kann daher bei vorhandener Rhachitis durch den gestörten Muskelantagonismus ein Genu recurvatum ebenso entstehen, wie diese Deformität nach Paralyse des Quadriceps in Folge der pathologischen Belastung sich entwickelt. Die verhältnissmässig geringe Valgität der in so ausserordentlichem Grade überstreckten Unterschenkel sucht der Vortragende vermuthungsweise auf eine abducirende Wirkung des Quadriceps zurückzuführen, welche bei überstrecktem Kniegelenke zur Geltung komme.

**

Die vorhandene Verkrümmung der Oberschenkeldiaphysen mit vorderer äusserer Convexität führte Redner auf die integre Wirkung der Adductoren zurück, und erinnert dabei an die von Kassowitz erst jüngst hervorgehobene Thatsache, dass die Verkrümmungen der rhachitischen Tibien von Kindern, welche ihre Extremitäten noch niemals belastet haben, im Sinne der überwiegenden Wirkung der Beuger und Supinatoren sich entwickeln.

Von der Thatsache ausgehend, dass in dem vorliegenden Falle durch die Muskelwirkung nicht nur die Schwere des ganzen Unterschenkels sammt Fusses überwunden, sondern dass hierdurch sogar die Festigkeit der Bänder des Kniegelenkes gelockert wurde, hält Lorenz es für umsomehr wahrscheinlich, dass im Falle der Lähmung der Beuger und Supinatoren des Fusses die relativ so geringe Eigenschwere des Fusses von den intacten Pronatoren überwunden wird. Es werde demnach auch der paralytische Pes valgus antagonistisch eingeleitet, und durch die spätere Belastung im selben Sinne weiter entwickelt. In dieser Richtung hebt Lorenz den Umstand hervor, dass der rein antagonistische Pes valgus eigentlich immer ein Pes calcaneo-valgus sei. Unter dem späteren Einflusse der pathologischen Belastung entwickelt sich der Pes calcaneo-valgus zu einem equinovalgus, dessen Form ganz identisch ist mit jener des veralteten statischen Plattfusses. Der gestörte Muskelantagonismus und die pathologische Belastung haben also in diesem Falle discrete Wirkungen. Der Muskelantagonismus bestimmt primär die Deformität, die pathologische Belastung modificirt in weiterer Folge die eingeleitete Contractur.

Beim paralytischen Equinovarus wirken die Eigenschwere des Fusses und die eventuell functionstüchtigen Beuger und Supinatoren im selben Sinne. Die spätere Belastung des Fusses in der pathologischen Stellung vermehrt die Contractur und entwickelt sie zu den höchstmöglichen Graden weiter.

Die Thatsache, dass sich auch bei vollkommener Lähmung sämmtlicher den Fuss bewegender Muskeln eine Contractur bilde, kann gegen die Auffassung der primären Entstehung der Contracturen durch gestörten Muskelantagonismus nicht in's Feld geführt werden. Wenn sämmtliche Muskeln gelähmt sind, kann es auch keinen gestörten Antagonismus geben. In einem solchen speciellen Falle entfällt die Muskelwirkung ganz, und der Fuss folgt einzig und allein seiner Eigenschwere, durch welche die Contractur primär bestimmt wird.

Ein paralytischer Calcaneus entsteht niemals bei vollständiger Lähmung der Muskeln. Die Peronei, die kurzen Muskeln des Fussrückens und der Fusssohle (Nicoladoni), sowie die Extensoren finden sich stets functionstüchtig; ausnahmslos gelähmt ist wenigstens die oberflächliche Wadenmusculatur. Das auffallendste Criterium dieser

Contractur ist der Hohlfuss bei Mittellage des Knöchelgelenkes. Die Volkmann'sche Erklärung der Entstehung dieser Deformität durch die pathologische Belastung ist nicht stichhältig, wie der Vortragende des Weiteren ausführt. Vielmehr liege hier ein Beispiel vor, wo durch die Wirkung der (Fusssohlen-) Musculatur, bei ausfallenden Gegenzuge von Seite der Achillessehne, trotz der die Fusswölbung verflachenden Wirkung des Körpergewichtes die Sohlenwölbung sich vermehre. Diese Vermehrung der Sohlenwölbung erfolgte nicht nur durch Gelenksbewegung (Inflexion des Vorderfusses), sondern auch durch Knochenverbiegung (Abwärtsrichtung des hinteren Fersenbeinfortsatzes).

Ebensowenig können die verschiedenen Formen des Spitzfusses, welchen stets ein gewisser Typus in der Vertheilung der Muskellähmung zu Grunde liegt, durch das einförmige Moment der Eigenschwere des Fusses und seiner Belastungsweise erklärt werden. Durch die intacte Musculatur wird vielmehr auch hier die Contractur bestimmt und die anderen Momente haben erst secundäre Bedeutung.

Die grosse Mannigfaltigkeit der Contracturen, die verschiedenen Nuancirungen der Formen innerhalb derselben Gruppe, bei stets typischer Anordnung der gelähmten Muskeln, nöthigen zu der Ueberzeugung, dass alle paralytischen Contracturen primär durch Muskelwirkung bestimmt werden.

An den grossen Gelenken, so vor allem am Kniegelenke, kommen die Muskelwirkungen gegenüber den bestimmenden Einflüssen der pathologischen Belastung allerdings nicht in Betracht, wie die Fälle von Genu recurvatum bei Paralyse des Quadriceps beweisen. Der von Lorenz vorgelegte Fall zeige jedoch, dass das Genu recurvatum auch durch alleinige Wirkung des Quadriceps bei Paralyse der Beuger zu Stande kommen kann. Am Schulter- und Ellbogengelenke kommt die antagonistische Muskelwirkung wegen mannigfacher, äusserer Momente nicht rein zur Geltung. Hingegen liegen die Verhältnisse am Handgelenke derart, dass man die antagonistische Muskelwirkung als das ätiologische Hauptmoment betrachten muss. Jedenfalls lassen sich die Handgelenks-Contracturen nicht durch die v. Volkmann'sche Annahme erklären, dass die habituelle Beugelage der Finger die Beugecontractur des Handgelenkes zur Folge habe. Bei intacter Wirkung der Strecker des Handgelenkes entstehen zunächst wenigstens keine Beugecontracturen, sondern Extensionsstellungen der Hand. Der Redner macht darauf aufmerksam, dass in den gelähmten Muskeln später degenerative Vorgänge eintreten können, welche mit Verkürzung derselben einhergehen, wodurch die Stellung eines Gelenkes beeinflusst werden könne. So könne man sich bei totaler Lähmung des Vorderarmes die eintretende Beugecontractur der Hand durch

das Ueberwiegen der sich degenerativ verkürzenden Beuger erklären.

Im Allgemeinen müsse an dem Satze festgehalten werden, dass die paralytischen Contracturen durch die antagonistische Muskelwirkung im Sinne Werner's eingeleitet werden, während die äusseren, mechanischen Momente für die Weiterentwicklung und eventuelle Modificirung der perversen Gelenkstellungen verantwortlich gemacht werden müssen.

Herr Prof. Weinlechner spricht die Ansicht aus, dass es sich in dem geschilderten Falle von Genu recurvatum wohl hauptsächlich um rachitische Verkrümmung der Extremitäten handeln dürfte.

Herr Docent Dr. Lorenz stimmt dieser Ansicht insoferne zu, als nur wegen der vorhandenen Rachitis eine so hochgradige Verkrümmung zu Stande kommen konnte, was er ja ausdrücklich in seinem Vortrage hervorgehoben habe; aber an der Richtung der Krümmung sei eben nur die Lähmung bestimmter Muskel, resp. die Wirkung von deren Antagonisten Schuld.

Herr Prof. Hofmokl bemerkt zur Aetiologie des Genu recurvatum, dass auch ohne vorherige Gehversuche die Rückenlage und das Aufrechtsitzen des Kindes mit ausgestreckten Beinen, sowie namentlich das Aufheben des Kindes zur Entstehung des Genu recurvatum beitrage.

Herr Docent Dr. Freud erwähnt, dass durch die Angabe des Vortragenden über das elektromotorische Verhalten gewisser Muskelgruppen kein Zweifel zulässig sei, dass es sich in dem geschilderten Falle um eine spinale Lähmung gehandelt habe.

Herr Prof. Weinlechner macht auf die krallenförmige Einziehung der Zehen beim paralytischen Hakenfuss aufmerksam.

Herr Prof. Albert bemerkt, dass dies schon von Nicoladoni angegeben sei und dass auch er ähnliches beobachtet habe. Bezüglich der Volkmann'schen Angaben über den paralytischen Hakenfuss bemerkt Prof. Albert ferner, dass er nie ein derartiges Auftreten wie Volkmann es schildert, beobachtet habe; nur in sehr veralteten Fällen könne es dazu kommen, dass im Momente des Auftretens das untere Ende der Unterschenkel den Boden zuerst berühre. Bezüglich des Nicoladoni'schen Verfahrens der Vereinigung der durchschnittenen Peroneussehne mit der Achillessehne beim paralytischen Equinovarus habe er zu erwähnen, dass ihm auch die einfache Durchschneidung der Peroneussehne allein ein ähnliches Resultat gegeben habe, endlich sei ihm Prof. Hofmokl's Erklärung der Entstehung des Genu recurvatum nicht verständlich.

Herr Prof. Hofmokl schildert mit Bezug auf letztere Aeusserung Prof. Albert's, wie ein Kind mit den Fersen aufgestützt bleibe,



wenn man es langsam aus liegender oder sitzender Stellung aufhebe. Dies müsse für die Entstehung eines Genu recurvatum unterstützend wirken. Auch ein normales Kind werde übrigens in gleicher Weise aufgehoben. Auch habe er angeborene Genua recurvata gesehen und wirft die Frage auf, ob nicht angeborene Contracturen des Quadriceps deren Veranlassung seien.

Herr Prof. **Weinlechner** bestätigt Hofmokl's Ansicht über die Entstehung des Genu recurvatum.

Herr Prof. **Albert** bezweifelt Hofmokl's Beobachtung eines angeborenen Genu recurvatum, es habe sich vielleicht um eine angeborene Luxation im Hüftgelenke gehandelt.

Herr Prof. **Hofmokl** behauptet, dass eine Luxation im Hüftgelenke in dem von ihm gesehenen Falle sicher nicht vorhanden gewesen sei, es habe sich vielmehr zweifellos um ein geringgradiges Genu recurvatum gehandelt.

Herr Docent Dr. **Lorenz** meint, es sei zwar das von Herrn Prof. Hofmokl angeführte Moment nicht zu unterschätzen, doch halte er es für gesucht, derartige, die Entstehung eines Genu recurvatum mit unterstützenden Momente heranzuziehen, wo doch die Lähmung von bestimmten Muskeln einerseits und die Wirkung von deren Antagonisten andererseits in so eclatanter Weise, als das hauptsächlichste ätiologische Moment erscheine.

Herr Prof. **Hofmokl** versichert, dass er keineswegs die Muskelcontractionen unterschätze, und nur betonen wollte, dass auch das von ihm erwähnte Moment nicht ohne Bedeutung sei.

Herr Prof. **Weinlechner** wirft die Frage auf, ob es sich bei angeborenem Genu recurvatum nicht um eine Subluxation des Unterschenkels nach hinten handeln dürfte.

Herr Prof. **Hofmokl** möchte eher das angeborene Genu recurvatum als das disponirende Moment zur Luxation ansehen.

Dem entgegen bemerkt Prof. **Albert**, dass, da Genu recurvatum keine Krankheit, sondern ein Symptom einer Krankheit sei, man doch das Symptom nicht als die Ursache der Krankheit ansehen könne. Es gebe folgende ätiologisch verschiedene Formen des Genu recurvatum: 1. Angeborene Luxation. 2. Rachitisches Genu recurvatum. 3. Paralytisches Genu recurvatum. 4. Ein Genu recurvatum inflammatorium; vielleicht auch 5. ein Genu recurvatum spasticum. Das Entscheidende sei stets die Richtung der Verkrümmung und dieselbe entspreche in dem von Dr. Lorenz geschilderten Falle der Wirkung der einzigen activ gebliebenen Muskeln.

Herr Docent Dr. **Freud** bemerkt, dass die Patellarreflexe ein Mittel wären, um eine spastische Contractur des Quadriceps

von einer Verkürzung etc. zu unterscheiden; ferner verweist er auf die Contracturen bei chronischem Gelenksrheumatismus, bei denen dieselben mechanischen Momente discutirt wurden, die Rolle des Muskelzuges aber jetzt unzweifelhaft sei.

Wien, am 20. Mai 1887.

Der Vorsitzende: C. Toldt.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 20. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **C. Toldt.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa.**

Herr Dr. **Kolischer** theilt eine neue Behandlungsmethode des Gelenkfungus mittelst Injectionen von Kalkphosphatlösung mit und demonstrirt mehrere durch dieses Verfahren zur Heilung gebrachte Fälle.

Herr Prof. **Albert** betont die Wichtigkeit des neuen Heilverfahrens und empfiehlt es der weiteren Prüfung.

Herr Regimentsarzt Dr. **Gschirhackl** hält seinen angekündigten Vortrag über „Urethroskopie".

Die Discussion wird mit einigen Bemerkungen des Herrn Doc. Dr. **Jurie** eingeleitet, deren Fortsetzung jedoch wegen der vorgerückten Stunde über Antrag des Herrn Doc. Dr. **Grünfeld** auf die nächste Sitzung verschoben.



Programm

der am Freitag den 27. Mai 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Dr. **Richter** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Dr. **Hillischer**: Ueber Lustgas und Lustgas-Sauerstoff mit Demonstrationen der Gasbereitung und Verabreichung (die Gasbereitung beginnt um 6 Uhr im Vortragssaale).
2. Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Regimentsarztes Dr. Gschirhackl.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. v. Fleischl und Prof. Wertheim.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: Die k. k. Gesellschaft der Aerzte. — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. E. Albert.
Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



2. Juni 1887. Nr. 19.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 20. Mai 1887. — Summarischer Bericht über die Sitzung vom 27. Mai 1887. — Programm der Sitzung am 3. Juni 1887.

Protokoll der Sitzung vom 20. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **C. Toldt.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa.**

Herr Dr. **Kolischer.** Ich erlaubte mir zunächst, die Resultate der bisher geübten Methoden bei Localtuberculose zusammenzufassen und als ungenügend zu bezeichnen.

Ich legte hierauf die Grundzüge meines Verfahrens dar, welches auf dem doppelten Principe beruht, einerseits den tuberculösen Granulationen in grösserer Quantität Kalksalze zuzuführen, andererseits dieselben durch einen heftigen, unmittelbar applicirten Reiz zur entzündlichen Schrumpfung zu bringen.

Die Resultate gestalteten sich so, dass die eine Reihe von Fungis nach einem, wenige Tage dauerndem Stadium der Reaction und nach einem binnen 2—6 Wochen eintretendem Stadium der Schrumpfung und Verhärtung schwanden.

Die andere Art von Fungis, progredient verkäsende, brachen einige Tage nach gemachter Injection auf, entleerten massenhaft abgestossene tuberculöse Granulationen, so dass grössere oder kleinere Höhlendefecte entstanden, welche sich dann unter fortgesetzter Kalkbehandlung rasch mit Granulationen füllten, nach erreichtem Cutisniveau sich schnell überhäuteten, endlich narbig schrumpften, so dass das früher destruirte und schlotternde Gelenk fix und brauchbar wurde.

Tuberculöse Fisteln, kalte Abscesse (nach Spaltung) aufgebrochene Fungi behandelte ich durch Tamponade mit einer mit meiner Lösung imprägnirten Gaze mit bestem Erfolge der Schliessung und Vernarbung.

Zweimal schwanden grosse Lymphome nach Kalkinjection in den peripher gelegenen Fungus.

Endlich erlaubte ich mir, die Anzeige zu machen, dass Versuche, ein auf demselben Principe basirendes Verfahren bei Lungenphthise und bei tuberculösen Larynxgeschwüren anzuwenden, bereits im Gange seien.

Es folgt die Demonstration von zwei durch Kalkinjection ausgeheilten Ellbogenfungi bei Kindern; früher rechtwinklige Ankylose, Schmerz, Fieber, und wie die Gypsabgüsse zeigen, bedeutende Schwellung, jetzt beinahe normale Beweglichkeit, normale Gelenkscontouren, Schmerz und Fieber fehlen seit den ersten Stadien der Behandlung.

Ein ausgeheilter Kniefungus bei einem vierjährigen Knaben. Normale Contouren und normale Gebrauchsfähigkeit. Die früheren Erscheinungen Schmerz, Fieber, Ankylose, Schwellung (Gypsabguss) verschwunden.

Eine Tuberculosis manus bei einem 32jährigen Manne im Stadium der „Verkalkung“.

Herr Prof. Albert erklärt, wenige Thatsachen hätten auf ihn einen solchen Eindruck gemacht, wie einzelne unter den vom Vorredner mitgetheilten. Er habe Anfangs nach Gründen gesucht, welche hier eine Täuschung als möglich erscheinen liessen und an Verwechslung mit periarticulären Fungis gedacht, habe sich jedoch vom Gegentheile überzeugt. Nach den Fällen, die er gesehen, glaube er, dass hier etwas sehr Bemerkenswerthes, weiter zu prüfendes vorliege. Insbesondere überraschend sei die Wiederherstellung der freien Beweglichkeit des Gelenkes durch diese Behandlung.

Eine andere Behandlungsmethode ergab ihm Resultate, welche seine Zweifel an der Wirksamkeit der vorliegenden schon zu erschüttern geeignet waren, nämlich die Ignipunctur an Kindern und Erwachsenen, von deren Erfolgen er sich sehr befriedigt erklärt. Er erzielte mit derselben bei einem 20jährigen Mädchen die Ausheilung eines vereiterten Fungus des rechten Ellbogengelenks. Ein in der Nähe des rechten Kniegelenkes nachträglich aufgetretener, mit der Gelenkhöhle communicirender grosser kalter Abscess wurde nach vorhergegangener Spaltung durch die Ignipunctur gleichfalls zur Heilung gebracht und das Mädchen erlangte den vollen Gebrauch ihres Beines wieder.

Herr Regimentsarzt Dr. J. Gschirhakl, hält seinen Vortrag „Ueber Urethroskopie“.

Herr Doc. Dr. v. Jurié möchte zur Erklärung des Zustandekommens der verschiedenen Bilder nebst der Wirkung der musculösen Umgebung der Harnröhre, welcher er auch eine wichtige Rolle unbedingt einräumt, auch andere, mechanische Momente heranziehen, und zwar vor allem die verschiedene Ausdehnungsfähigkeit der



Harnröhre in ihren verschiedenen Abschnitten (gerade so wie eine enge und eine weite Scheide beim Zurückziehen des Speculums sich ungleich verhalten und verschiedene Bilder gewähren), dann aber die Biegungen und die Fixirung gewisser Abschnitte der Urethra, welche beim Einführen und Zurückziehen eines geraden Rohres auf den verschiedenen Strecken verschiedene Spannungsverhältnisse der Harnröhrenwandungen nothwendig bedingen müssen.

Herr Doc. Dr. **Grünfeld**, welcher sich zum Worte meldet, beantragt mit Rücksicht auf die späte Stunde die weitere Discussion bis zur nächsten Sitzung zu vertagen. Der Antrag wird von der Mehrzahl der Anwesenden angenommen.

Nachtrag zum Protokoll der Sitzung vom 6. Mai 1887.

Herr kais. Rath Dr. **Rabl** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Aetiologie der Scrophulose."

Seit Koch's Entdeckung des Tuberkelbacillus ist das Bedürfniss über den Begriff der Scrophulose in's Klare zu kommen wieder hervorgetreten. Man geht zu weit, wenn man ihn nur anatomisch fasst, denn er ist ein klinischer Begriff. Zum klinischen Bilde gehört eine Reihe von Vorgängen, die mit Tuberculose nichts zu thun haben: Die scrophulöse Augenentzündung, die lymphatischen Schwellungen im Gesichte, an der Nase und Oberlippe beim Habitus scroph., viele Eczeme und die Neigung der scrophulösen Kinder zur Eczembildung, besonders an den Uebergangsstellen der Haut in die Schleimhaut, und Drüsenschwellungen, die ohne zu verkäsen, wieder ganz verschwinden. Diese, die erste Reihe der scrophulösen Symptome, betragen ungefähr ein Viertel aller, die scrophulöse Augenentzündung nach R.'s Erfahrungen allein 18% aller scrophulösen Erscheinungen. Die zweite Reihe umfasst die scrophulösen Gummen, Knoten in der Haut, im subcutanen und intermusculären Bindegewebe, die aus jenem vielkernigen, oft Riesenzellen enthaltenden Gewebe besteht, das R. seinerzeit als scrophulöses Granulationsgewebe beschrieben hat; hierher die verkäsenden Drüsen und endlich die wichtigste Gruppe, die scrophulösen Knochen- und Gelenksleiden. Es gäbe somit zwei Reihen von Vorgängen: *a)* nicht-tuberculöse und *b)* tuberculöse. Damit ist nicht gesagt, dass alle Vorgänge der zweiten Reihe stets vom Tuberkelbacillus und nur von ihm hervorgebracht werden.

R. erörtert die Gründe, die seiner Ansicht nach dafür sprechen, dass der Tuberkelbacillus nicht selten das secundäre, die Gewebswucherung das Primäre sei und bezieht sich auch auf Bieder's bezügliche neue Arbeit. Er führt auch klinische Belege dafür an: Die häufige Symmetrie des Auftretens, die nicht selten beobachtete

Beschränkung auf eine Körperhälfte, endlich einen Fall, in dem alle Phalangen beider Hände und Füsse cariös, die vier Finger und vier Zehen beider Extremitäten aber vollkommen gesund waren. Dies könnte nur darauf beruhen, dass diese vier Finger und Zehen in Folge bestimmter Innervation oder aus anderen in ihrer Gewebsqualität liegenden Gründen gegen den Tuberkelbacillus immun waren.

Die anatomische Forschung und das Mikroskop genügen also nicht zur letzten Erklärung und zur Bildung des Begriffes der Scrophulose. Es müssen daher andere Wege betreten werden. Einer derselben ist die ätiologische Forschung.

R. gewann in 1000 von 1454 Fällen genaue ätiologische Daten; er constatirt zuerst, dass seiner Erfahrung nach überhaupt die Scrophulose beim weiblichen Geschlechte viel häufiger sei als beim männlichen, das Verhältniss ist ungefähr = 3 : 2.

Er fand folgende ätiologische Gruppen:

I. Heredität. *a)* Von Tuberculose der Ascendenz, 446 Fälle. Dabei wurde nicht nur Lungentuberculose, sondern auch die Caries der grossen Gelenke berücksichtigt und die Angaben sind verlässlich, da sie sich fast nur auf Verstorbene beziehen. Die beiden Geschlechter waren proportional gleich betheiligt, dagegen zeigte sich, dass die Tuberculose des Vaters doppelt so oft als Ursache der kindlichen Scrophulose verzeichnet ist, als die der Mutter. *b)* Von Scrophulose der Eltern und Blutsverwandten, 79 Fälle. Darunter sind nur solche Fälle verzeichnet, in denen die Scrophulose der Eltern nicht von Tuberculose der Grosseltern herstammt, sondern von jenen erworben wurde.

II. Feuchte Wohnung oder neues Haus ist in 356 Fällen, bei denen keine erbliche Belastung nachweisbar war, als einzige Ursache verzeichnet. Dabei wurde oft beobachtet, dass die älteren, in einer trockenen Wohnung geborenen und aufgewachsenen Kinder gesund waren, die in der feuchten gebornen oder in früher Kindheit dahin gebrachten, hingegen scrophulös wurden, und umgekehrt die in der feuchten Wohnung geborenen Kinder scrophulös, die nach einem günstigen Wohnungswechsel zur Welt kommenden ganz gesund sind. Dasselbe gilt von neugebauten Häusern. R. erzählt einschlägige eclatante Fälle.

III. Acute Infectionskrankheiten, 69 Fälle. Dabei wird ein zweifacher Modus beobachtet: 1. Die eine Theilerscheinung der Infectionskrankheit bildende Erkrankung, z. B. der Augen, der Drüsen bei Masern, bleibt nach dem Ablaufe der Infectionskrankheit und nimmt den scrophulösen Charakter an und wird dann von anderen scrophulösen Formen gefolgt, oder 2. die Kinder erholen sich nach dem Ablaufe der Infectionskrankheit nicht mehr vollständig,

kränkeln eine zeitlang und dann bricht nach Wochen oder Monaten die Scrophulose, zumeist in schweren Formen aus.

IV. Kuhpockenimpfung 14 Fälle. Obgleich jede darauf bezügliche Angabe der Angehörigen gerechtem Misstrauen des Arztes begegnen muss, so ist doch nicht zu leugnen, dass in einzelnen gut beobachteten Fällen ein causaler Zusammenhang zwischen der Impfung und der Scrophulose vorhanden ist. Dabei ist auffallend, dass 13 Fälle Mädchen und nur 1 Knaben betraf. Dies deutet darauf hin, dass nicht ein specifisches Virus mit der Impfung übertragen wurde, weil da nicht erklärlich wäre, dass dieses Virus nur 1mal das männliche und 13mal das weibliche Geschlecht getroffen hätte, sondern es ist wahrscheinlich, dass die Impfung wie ein acutes Exanthem gewirkt und bei der grösseren Empfänglichkeit des weiblichen Geschlechtes für Scrophulose diese veranlasst habe.

V. Schlechte Lebensverhältnisse aller Art (25 Fälle) mit Ausnahme der feuchten Wohnung. R. macht bei Besprechung dieses Momentes darauf aufmerksam, dass besonders klösterliche Mädcheninstitute in dieser Beziehung besonders gefährlich sind, während Knabenconvicten dieser Nachtheil nicht anhafte.

VI. Decrepidität des Vaters, 7 Fälle.

VII. Blutsverwandtschaft der Eltern, 4 Fälle. Diese Fälle erregen den Verdacht congenitaler Spätsyphilis, für die aber bei den Eltern keine Bestätigung gefunden wurde. Da aber so oft die Blutsverwandtschaft der Eltern keine Scrophulose zur Folge hat, dürfte in diesen 4 Fällen doch eine aus früheren Generationen ererbte Krankheit, Lues oder Tuberculose mitspielen, die durch die Verwandtschaft der Eltern potenzirt, nun in deren Kindern wieder zum Vorschein kommt.

Diese Statistik bekräftigt die bekannte Thatsache, dass 1. verschiedene Ursachen den scrophulosen Erscheinungen zu Grunde liegen und 2. dass jede dieser Ursachen im Stande ist, jede scrophulöse Form zu veranlassen. Denn die Erfahrung lehrt, dass keine durch die ursächlichen Momente bedingten Unterschiede weder der Form, noch der Zahl, noch der Zeit des Auftretens beobachtet werden können. Sie haben nur das Gemeinsame, dass jedes derselben im Stande ist, jene Qualität des Organismus zu erzeugen, vermöge welcher verschiedene Reize die scrophulösen Gewebsveränderungen veranlassen. Diese Qualität ist also die Einheit in der Verschiedenheit, das Gattungsmerkmal der Scrophulose. Die ätiologische Forschung gibt uns da einen Fingerzeig.

Wir erfahren, dass die Tuberculose des Vaters doppelt so oft die Ursache der Scrophulose ist, als die der Mutter. Zugleich

wissen wir, dass um die Hälfte mehr weibliche als männliche Scrophulose vorkommen. Dieses Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes kann nur in einem verschiedenen Vitalitätsverhältnisse seiner Gewebe begründet sein, das wir als labil oder reizbar gegenüber dem männlichen, resistenten, bezeichnen.

Auch die Tuberculose fordert zu ihrem Entstehen eine mindere Widerstandsfähigkeit der Gewebe, also eine der weiblichen analoge Organisation.

Wenn nun ein tuberculöser mit der weiblichen Gewebsqualität versehener Mann Kinder zeugt, so potenzirt sich diese Qualität, und daher der viel grössere Einfluss der väterlichen Tuberculose und der geringere der mütterlichen, weil die Beschaffenheit der Mutter durch die resistente des gesunden Vaters paralysirt wird.

So wie ererbt, wird diese Qualität, die Disposition zur Scrophulose, auch durch Bedingungen erworben, die wahrscheinlich mit dem Tuberkelbacillus zunächst nichts zu thun haben, aber im Stande sind, ihm den Boden zu bereiten. Die Infectionskrankheiten wirken dadurch, dass ihr Contagium seinen Lebensprocess nicht gänzlich vollendet, sondern in irgend einer Form bleibt und als Reiz zur scrophulosen Gewebsveränderung wirkt, oder dadurch, dass durch den Krankheitsvorgang die Qualität und Resistenz der Gewebe vermindert und für den Tuberkelbacillus empfänglich gemacht wird.

Bei der feuchten oder neugebauten Wohnung bewirkt entweder die feuchte oder kühle Luft bei der hygroskopischen Beschaffenheit der Haut mit der Zeit selbst eine Gewebsstörung oder, was wahrscheinlicher, die Sporen der Schimmelpilze oder anderer Mikroben bewirken direct als Reiz die Entstehung der scrophulösen Formen. Von besonderer Wichtigkeit ist der Effect neugebauter Wohnungen. R. beruft sich auf die erzählten Fälle. Wenn der Tuberkelbacillus die Ursache der schweren Formen der zweiten Reihe war, so musste er entweder schon aus der alten Wohnung mitgebracht worden sein und dann waren ihm die anderen gesund gebliebenen Familienglieder auch ausgesetzt; das jüngste erkrankte aber erst in dem neuen Hause daran oder er hat erst im neuen Hause dasselbe befallen. Dies würde eben seine Allgegenwart erhärten.

Wenn ein Agens aber überall vorhanden, aber nur dann wirksam ist, wenn ihm bestimmte Momente, ererbte Dispositionen, feuchte Wohnung, neues Haus, acute Infectionskrankheiten u. s. w. den Boden bearbeiten, so liegt die wahre Ursache seiner Wirkung nicht in ihm, sondern in jenen ursächlichen Momenten. Indem sie die Vegetationsverhältnisse des Organismus in bestimmter Weise beeinflussen, schaffen sie erst die Bedingungen für die scrophulösen

Leiden, bei denen sehr oft der Tuberkelbacillus in Action tritt und den Ort und die Form der Erkrankung bedingt.

Das Wesen der Scrophulose liegt also in der bestimmten Qualität des Organismus oder einzelner Theile desselben, vermöge welcher auf bestimmte Reize (darunter der Tuberkelbacillen) lymphatische Schwellungen und Entzündungen entstehen, die sich durch die Form ihres Verlaufes, ihre Neigung zu Recidive und die Bildung eines charakteristischen lymphoiden, oft vielkörnige und Riesenzellen enthaltenden Granulationsgewebes auszeichnen.

Die Natur dieser Qualität ist noch unbekannt. Wenn sich Ernst Freund's Entdeckung der Cellulose im Blute und in den specifischen Geweben bei Tuberculose auch bei den Formen von Scrophulose der ersten Reihe bestätigen sollte, wäre ein weiterer Schritt gethan.

Wien, am 27. Mai 1887.

Der Vorsitzende: Dr. Richter.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 27. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Dr. Richter.

Schriftführer: Herr Dr. G. v. Török.

Herr Doc. Dr. H. v. Hebra demonstrirt ein acht Tage altes Kind mit Ichthyosis congenita.

Herr Dr. Hillischer hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Lustgas und Lustgas-Sauerstoff mit Demonstrationen der Gasbereitung und Verabreichung".

Der vorgerückten Stunde wegen beschliesst die Gesellschaft die Discussion über den Vortrag des Herrn Regimentsarztes Dr. J. Gschirhakl („Ueber Urethroskopie") bis zur nächsten Sitzung zu verschieben.



Programm

der am Freitag den 3. Juni 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath **v. Bamberger** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **v. Fleischl**: Ueber eine neue Theorie der Athmung.
2. Discussion über den Vortrag des Herrn Regimentsarztes Dr. Gschirhakl, angemeldet hierzu: Dr. **Grünfeld**.

Aus Rücksicht für den Vortragenden Prof. v. Fleischl werden keine Demonstrationen diesen Abend zugelassen.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Wertheim und Dr. Vajda.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

9. Juni 1887. Nr. 20.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 27. Mai 1887.

Vorsitzender: Herr Dr. **Richter.**

Schriftführer: Herr Dr. **G. v. Török.**

Herr Dr. **Hebra** stellt ein sechs Tage altes Kind mit Ichthyosis congenita (Keratoma diffusum universale Kyber) vor. Das Kind weist die charakteristische Felderbildung auf, wobei die einzelnen Felder durch mehr minder penetrirende Fissuren von einander geschieden werden. Der Vortragende erläutert, dass die Erscheinungen durch die Entwicklung eines starren Hornhautüberzuges, der durch das Wachsthum des Kindes häufige Einrisse erfährt, entstehen. Die Einrisse reichen in verschiedenen Fällen verschieden tief, entweder nur durch die Epidermis, oder auch in die Lederhaut und können sogar noch tiefer liegende Gewebe, wie den Knorpel der Ohrmuscheln, betreffen, was er an mitgebrachten Abbildungen erläutert. Im Gegensatze zu den bisher beobachteten Fällen ist hervorzuheben, dass das Kind nicht schon wenige Stunden nach der Geburt gestorben und hofft der Vortragende sogar, dass das Leben auch noch weiterhin erhalten werden könne. Den Grund für die obwaltenden günstigeren Bedingungen sieht er in dem geringeren Grade der Entwicklung der bedeckenden Epidermislagen, welche wieder deshalb nur noch nicht so mächtig angewachsen seien, weil das Kind schon im achten Schwangerschaftsmonat zur Welt kam. Das Kind ist bereits im Stande, selbst zu saugen, während ihm in den ersten Lebenstagen die Milch in den Mund gespritzt werden musste. Bei hohen Graden der Affection ist jede Bewegung durch die Starrheit der Decke oder durch die verursachte Schmerzhaftigkeit unmöglich, weshalb die Kinder Nahrung zu sich zu nehmen nicht vermögen und so der Tod durch Verhungern eintrete.

Therapeutisch wurde ein Kalkliniment verordnet, auf dessen Anwendung die Einrisse verheilten, Erweichung der starren Massen und sohin Beweglichkeit eingetreten sei. Dadurch habe sich auch die Schmerzhaftigkeit der Bewegungen verringert und das Kind besser geschlafen, so dass sein Ernährungszustand sich täglich bessere. Der Vortragende verspricht später der Gesellschaft Mittheilung über den weiteren Verlauf dieser höchst seltenen Erkrankung zu machen.

Herr Dr. Th. **Hillischer** hält seinen angekündigten Vortrag über Lustgas- und Lustgas-Sauerstoffnarcose.

Nachtrag zum Protokoll der Sitzung vom 20. Mai 1887.

Herr Regimentsarzt Dr. J. Gschirhakl, hält seinen Vortrag „Ueber Urethroskopie".

Nach systematisch durch zehn Jahre fortgesetzten urethroskopischen Untersuchungen bringt Dr. G. seine hierbei gewonnenen normalen und pathologischen Befunde zur allgemeinen Kenntniss. Als Untersuchungsbehelf wurde das reflectirte Licht (Gas- oder Petroleumflamme) und der Steurer'sche Tubus benützt. G. untersucht die Kranken immer in bequemer Lagerung, bis auf das Hemd entblösst auf einem eigens hierfür construirten Untersuchungstische. Für die Einführung des mit Glycerin bestrichenen Tubus gilt als eine unabweisbare Forderung dessen präcise axiale Einstellung in dem jeweilig besehenen Harnröhrenabschnitte.

Uebergehend zu den normalen urethroskopischen Befunden definirt G. vorerst das endoskopische Bild als den Ausdruck der Reaction der Schleimhaut und ihrer adnexen Organe auf die als störenden Eingriff anzusehende Einführung des Tubus. Hierdurch werden folgende, für die endoskopische Diagnostik höchst werthvolle Erscheinungen gewonnen, und zwar: 1. Körperliche Erscheinungen — als solche bezeichnete G. die Art der Einwulstung der Schleimhaut in das Tubusinnere, deren eventuelle Faltung und das Verhalten der Centralfigur (Contour und Lichtung derselben). — 2. Die Flächenerscheinungen, d. i. die Oberfläche der Schleimhaut (deren Niveauverhältnisse feiner und feinster Art), deren Farbe und die Beschaffenheit der auf den höchsten Partien etablirten Lichtreflexe (Anreihung und Timbre). Ausser den früher genannten Factoren nehmen auf den Charakter des endoskopischen Bildes, jedoch in minderem Grade, Einfluss: der verschiedene Diameter und die differente Ausdehnbarkeit der Schleimhaut in den einzelnen Harnröhrenabschnitten, worauf G. bereits in seiner im Jahre 1878 erschienenen Arbeit (Vierteljahrsschr. für Dermat. und Syph.) hingewiesen hat.

Mit Zuhilfenahme dieser semiotischen Momente lassen sich in den einzelnen Harnröhrenbezirken folgende ganz charakteristische Normaltypen gewinnen.

Am Blasenhalse wölbt sich die Schleimhaut gleichmässig und mittelgradig vom ganzen Tubusrande her ein, deren Oberfläche erscheint glatt, die Centralfigur stellt ein lochförmiges Grübchen dar, die Farbe ist tiefbraunroth, die Lichtreflexe occupiren die breite Wulstkuppe. Der Umstand, dass die Prostata ausser Muskelfasern auch drüsige Elemente enthält, dürfte die hier blos mittelgradige Einwulstung der Schleimhaut erklären. Sobald sich der Colliculus seminalis im Tubus einstellt, bemerkt man einen scharf gerandeten, hellrothen, zumeist glatten Tumor, der den grössten Theil des Gesichtsfeldes einnimmt. Dieser Höcker (Colliculus seminalis) verjüngt sich allmälig, je weiter der Tubus herabrückt, um schliesslich in der Pars membranacea als schmale Firste zu verschwinden.

In der Pars membranacea wölbt sich die Schleimhaut nur minimal an den Tubusrand heran und setzt sich dann in Form eines Trichters nach rückwärts hin fort, dessen Wandungen entweder ganz glatt oder minimal gefaltet erscheinen; die Centralfigur, an der Spitze des Trichters wahrnehmbar, stellt ein kleines, scharf gerandetes Grübchen dar, die Lichtreflexe sind als ein zarter Ring oder als schwach entwickeltes Oval am feinen Wulstsaume nachweisbar, die Farbe dunkelbraunroth. Dieses charakteristische Bild der Pars membranacea ist nach G. als die Folge des Zuges der animalen und organischen Muskelfasern aufzufassen und kommt für die Richtung des Zuges nach rückwärts hin die Anheftung des Diaphragma congenitale (dessen obere Aponeurose) an der Spitze der Prostata in Betracht.

Am Isthmus urethrae selbst gewann G. ein durch die Inconstanz der Wulstung, Faltung und Centralfigur gekennzeichnetes Bild, das G. als Uebergangsbild bezeichnet.

In der Pars bulbosa (Fossa bulbi) liefert die Endoskopie geradezu typische Erscheinungen.

Man findet zwei nahezu congruente parallel gestellte, hemisphärische, in das Tubuslumen sich mächtig einpressende Wülste, die durch einen medianen Spalt (Centralfigur) von einander getrennt und an der zarten Wulstkuppe von einem hellglänzenden Lichtreflexoval besetzt sind. Die Farbe ist braun-(fleisch-) roth.

Als Erklärung dieses geradezu typischen Bildes führt G. an, dass hinter der Schleimhaut der Fossa bulbi der durch einen medianen Einschnitt unvollkommen in zwei halbkugelige Erhabenheiten getheilte Bulbus urethrae (Hemisphaeria bulbi Kobelt) und

der gleichfalls gefiederte M. bulbo-cavernosus gelegen sind, welch letzterer durch die Einführung des Tubus zu einer Reflexcontraction angeregt, den Bulbus urethrae und die Schleimhaut in das Tubuslumen einpressen wird, entsprechend deren Configuration geschieht dies in Form der zwei oben beschriebenen Wülste. In der Pars antebulbosa, die in dem Abschnitte der vom Eintritte der Urethra in das Corpus cavern. urethr. bis zu deren Austritte aus dem Becken reicht, lässt sich ein Bild constatiren, das wegen seiner Unregelmässigkeit in der Wulstung, Faltung und der Configuration der zickzack- oder sternförmigen Centralfigur als Uebergangsbild bezeichnet werden muss.

Sobald jedoch die Urethra aus dem Ligam. suspens. penis ausgetreten ist, findet man nun (Pars pendula penis), dass sich die Schleimhaut gleichmässig vom ganzen Tubusrande her einwulstet, und zwar mit breiter Wulstkuppe; es lassen sich zarte radiäre Falten nachweisen, denen entsprechend das hier wahrnehmbare Reflexoval kleine Unterbrechungen aufweist. Die Centralfigur, zumeist transversal gestellt, erscheint als ein zackig contourirtes Grübchen.

Der Zugang zu den Lacunae Morgagni kennzeichnet sich durch einen zarten, scharf contourirten Lichtreflexsaum.

Uebergehend zu den pathologisch-urethroskopischen Befunden beim chronischen Harnröhrentripper hebt G. vorerst die Schwierigkeiten hervor, die der Anfänger zu überwinden hat, um aus dem monotonen Gesichtsfelde sichere objective Anhaltspunkte für die endoskopische Diagnose zu gewinnen. G. empfiehlt dem Anfänger, jeglichen Befund bei jedem Untersuchten zu Papier bringen zu lassen, um so jederzeit vergleichende Controle üben zu können. Die Befunde beim chronischen Harnröhrentripper anlangend spricht sich G. im Allgemeinen dahin aus, dass dieselben als der Ausdruck der chronischen Infiltration der Mucosa und Submucosa in deren einzelnen Stadien aufzufassen sind und constatirt G. weiters, dass er durch das Endoskop nie Granulationen — weder Papillargranulationen noch Granulome — nachzuweisen in der Lage war. Aus den in den einzelnen Phasen des Flächencatarrhes, in den einzelnen Schichten in ungleicher Dichtigkeit, statthabenden Infiltrationsvorgängen erklärt sich die im endoskopischen Bilde wahrnehmbare körnige oder sammtartige Schwellung der Schleimhaut. Berücksichtigt man nun, dass den einzelnen Harnröhrenabschnitten de norma verschiedene, scharf präcisirte Typen eigen sind, so wird man aus den unter pathologischen Verhältnissen statthabenden Abänderungen der körperlichen und Flächenerscheinungen dieser Typen zuverlässige pathognomonische Kriterien gewinnen. Die zumeist in Handform nach-

weisbare Infiltration oder Sclerosirung der Schleimhaut wird sich somit in den verschiedenen Harnröhrenbezirken durch folgende Merkmale kennzeichnen.

In der Pars prostatica (Blasenhals) wird die Wulstkuppe der infiltrirten Schleimhaut breiter sein, die Einwulstung noch minder kräftiger, als unter normalen Verhältnissen statthaben; an der Oberfläche wird der besehene Infiltrationsherd zahlreiche minimale Feldchen aufweisen und den Eindruck des sammtartig geschwellten machen. Die Farbe ist dunkler braunroth als die der normalen Schleimhaut. Ist der Collicul. seminalis in einen diffusen Infiltrationsprocess einbezogen, so erscheint derselbe an der Oberfläche uneben höckerig (wie eine Himbeere), er wulstet sich schwerfälliger ein und ist in der Farbe vom hellrothen zum dunkelrothen alterirt. In der Pars prostatica konnte G. bisher keine Sclerosirungsherde nachweisen, in zwei Fällen jedoch die Ausläufer solcher in der Pars membr. entwickelten Herde.

In der Pars membran. wird durch circumscripte Infiltrationen das normale Bild sehr auffällig beeinflusst: Die randständige Einwulstung wird eine hinfälligere sein, der erkrankte Schleimhautbezirk an der Oberfläche gleichfalls sammtartig geschwellt (wie feingestochen, feingriesig, feinkörnig) aussehen, die Trichterwand minder steil nach rückwärts ziehen, da die infiltrirte Schleimhaut dem Muskelzuge nicht so prompt folgen kann, die Lichtreflexe werden, als auf einer breiteren Wulstkuppe etablirt, mehr flächenartig ausgebreitet sein. Farbe — tiefsaftig — braunroth.

Ganz auffällig charakterisiren sich in der Pars membr. vorhandene Sclerosirungsherde (Narbenkeile) durch fehlende Einwulstung, straffes Gespanntsein der Trichterwand, gelblich rothweissen Farbenton und ein nach der kranken Seite hin stattfindendes Verzogensein der Centralfigur.

In der Pars bulbosa konnte G. erst bei höherer Entwickelung des Infiltrationsprocesses merkbare Abänderungen der körperlichen Erscheinungen im Bilde (d. i. der Wulstung, Faltung und Centralfigur) nachweisen. Bei geringeren, den primären Stadien entsprechenden Veränderungen ist man auf die Verwerthung der Alterationen der Flächenerscheinungen, d. i. der Oberfläche, Farbe und der Lichtreflexe, angewiesen. Es erklärt sich dies nach G. daraus, dass die hier unter normalen Verhältnissen so mächtig eingepresste Schleimhaut der so kräftigen Muskelwirkung ein Hinderniss entgegensetzen, somit die endoskopischen Erscheinungen der Wulstung und Faltung erst dann wird alteriren können, wenn der Infiltrationsprocess schon ein massigerer geworden ist, der Elasticitätstonus der Schleimhaut somit in hohem Grade gelitten hat. Nach dem früher Gesagten ergibt sich, dass der perfecte Callus

in der Pars bulbosa nicht allein durch die Abänderungen der Färbung, Oberfläche etc. sich markiren wird, sondern man auch an dem Phänomene der abgeschwächten oder selbst fehlenden Einwulstung ein sicheres Kennzeichen und damit ein zuverlässiges diagnostisches Kriterium gewinnen kann.

In der Pars antebulbosa, deren Schleimhaut schon unter normalen Verhältnissen eine unregelmässige und inconstante Einwulstung, Faltung und Centralfigur zur Wahrnehmung kommen lässt, entfällt die Verwerthung der Alterationen der körperlichen Erscheinungen, oder gestaltet sich zum mindesten sehr schwierig — man wird somit aus den Veränderungen des Flächencharakters der Schleimhaut, der Farbe, der Lichtreflexe das zu entnehmen trachten müssen, was für die Differentialdiagnose nothwendig ist.

In der Pars cavernosa urethrae (Pars pendula penis) ist das Erkennen von Infiltrations- und Sclerosirungsherden nicht schwierig, da dieser Harnröhrenabschnitt für's erste tolerant ist und man hier die Schleimhaut sowohl en face wie im Profil mit Musse untersuchen kann. Man wird bei Infiltrationsvorgängen in der Schleimhaut aus dem geänderten Verhalten der Wulstung, Faltung, Farbe etc. mit Bestimmtheit den jeweiligen Infiltrationsherd von der gesunden Umgebung abgrenzen können.

Ausser diesen als regulär zu bezeichnenden Befunden beim chronischen Harnröhrentripper constatirte G. noch zu wiederholtenmalen das Vorkommen von Erosionen und Ulcerationen, Sugillaten in die Schleimhaut, folliculären Abscessen und cystoiden Erweiterungen der Schleimfollikel. Am Blasenhalse, und zwar im Niveau des Samenhügels beobachtete G. in einem Falle eine etwa 4 Mm. haltende, braunrothe Fissur. Das Bestehen von umschriebenen Infiltrationsherden in der Pars prostatica und membranacea liess sich wiederholt bei Kranken nachweisen, die an recidivirenden Nebenhodenentzündungen oder belästigenden Blasenkrampferscheinungen litten.

Betreffs der localen Therapie erachtet G. eine sorgfältige Individualisirung der einzelnen Fälle als geboten. Die Blasenhalserkrankungen gestatten erst dann die endoskopische Behandlung, wenn diese Partie sich gegen die Einführung des Tubus vollkommen neutral verhält. Aber auch in den vorderen Harnröhrenabschnitten empfiehlt es sich, die locale Behandlung der chronischen Infiltrate, Erosionen etc. bei vollständiger Toleranz der Schleimhaut zu insceniren.

G. verwendet jetzt ausschliesslich, und mit sehr gutem Erfolge, das Cuprum sulf. en crayon; Aetzungen mit Lapislösungen hält er für nicht gerathen, da der hierbei auf die Schleimhaut gesetzte Aetzschorf als Fremdkörper reizend wirkt. Bei Affectionen des

Blasenhalses hat G. von der Anwendung des Jodoform (in Pulverform oder mit Gelatine) gute Resultate beobachtet.

Wien, am 3. Juni 1887.

Der Vorsitzende: Prof. **Bamberger.**

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 3. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Die Versammlung beschliesst über Antrag des Vorsitzenden, dass Herr Hofr. **Billroth** zu seiner Wiedergenesung seitens der Gesellschaft der Aerzte beglückwünscht werde.

Herr Doc. Dr. **Riehl** demonstrirt 2 Fälle von acutem Oedem der Haut.

Herr Prof. v. **Fleischl** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber eine neue Theorie der Respiration.

Der Vorsitzende dankt Herrn Prof. **Fleischl** Namens der Gesellschaft für den anregenden Vortrag.

An der Discussion über den Vortrag des Herrn Regimentsarzt Dr. **Gschirhakl** betheiligen sich: Herr Doc. Dr. **Grünfeld** und **Gschirhakl.**



Programm

der am Freitag den 10. Juni 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofrath Breisky stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. **G. Wertheim**: Ueber Differentialdiagnose der verschiedenen syphilitischen Geschwüre (mit Demonstration diesbezüglicher Präparate).

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

16. Juni 1887. Nr. 21.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 3. Juni 1887. — Summarischer Bericht über die Sitzung vom 10. Juni 1887. — Programm der Sitzung am 17. Juni 1887.

Protokoll der Sitzung vom 3. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. **Bamberger**.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister**.

Ueber Antrag des Vorsitzenden beschliesst die Versammlung, dass Herr Hofr. Prof. Billroth seitens der Gesellschaft der Aerzte zu seiner Wiedergenesung beglückwünscht werde.

Herr Docent Dr. **Riehl** demonstrirt zwei Fälle von „acutem umschriebenen Oedem" (Quincke).

Der eine Patient ist 33 Jahre alt. Locomotivführer, leidet seit 3 Jahren an zeitweise auftretendem Oedem der linken oder der rechten Wange. Die erste Eruption erfolgte acht Tage nach seiner Hochzeit, angeblich nach Einwirkung von Zugluft und Hitze. Das Oedem ist über thalergross und sitzt immer über einem Jochbein, die Eruptionen erfolgen ohne subjective Beschwerden nach je 2—3 Wochen. Um Weihnachten hat Patient innerhalb 14 Tagen drei Anfälle von acut auftretender, mit Schlingbeschwerden und Athemnoth verbundener Angina durchgemacht, die jedesmal nach 24—36 Stunden völlig verschwunden waren. An den inneren Organen etc. keine Veränderungen. Harn zucker- und eiweissfrei.

Der zweite Patient, ein 51jähriger Lehrer, gibt an, dass bei ihm in Folge heftiger Gemüthsbewegung 1874 zuerst das linke obere Lid plötzlich auf fast Faustgrösse geschwollen sei, er war bis dahin gesund. Die Schwellung war nach 24 Stunden wieder verschwunden, kehrte aber nach 14 Tagen bis 4 Wochen wieder.

Die jedesmalige Eruption verursachte nur leichtes Ziehen, keine sonstigen Symptome.

1878 erkrankte zum erstenmal das rechte Lid in ähnlicher Weise und von da ab in kürzeren Pausen, 10—12 Tage, abwechselnd das linke oder das rechte Auge, Wange und Lippen.

1885 überstand Patient eine „Stimmbandentzündung", die Suffocationserscheinungen producirt hatte und nach zwei Tagen spurlos verschwunden war. Seit einigen Jahren ist die Haut der oberen Lider, ohne eigentlich verdickt zu sein, durch die häufigen Oedeme zu einem schlotternden Sacke ausgedehnt, so dass die Oberlider wie Vorhänge über die Lidspalte hängen.

Allgemeinsymptome fehlen.

R. behält sich vor, Genaueres über die Fälle und die bisher bekannten ähnlichen Beobachtungen in einer der nächsten Sitzungen zu berichten.

Herr Prof. v. **Fleischl** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber eine neue Theorie der Respiration.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Regimentsarzt Dr. Gschirhakl über Urethroskopie.

Herr Docent Dr. **Grünfeld** constatirt mit Befriedigung, dass dieser Gegenstand, der früher kaum dem Namen nach bekannt war, und für den er lange Zeit allein in Wort und Schrift eingetreten, nunmehr allgemeine Verbreitung gefunden. Er hätte sich daher jeder Bemerkung enthalten, wenn nicht Dr. Gschirhakl ausdrücklich hervorgehoben hätte, dass seine Resultate den Befunden Grünfeld's contradictorisch seien. Redner will daher jene Punkte markiren, welche einerseits als neu anzusehen sind, andererseits jene, welche mit seinen Publicationen nicht übereinstimmen.

Was vorerst die normalen endoskopischen Befunde der männlichen Harnröhre betrifft, so weist G. nach, dass er es war, der die Verschiedenheit der typischen Bilder in den einzelnen Abschnitten der Harnröhre beschrieb. Ja, er ging noch weiter und zeigte, dass in einer und derselben Partie (z. B. in der Pars prostatica) die vorderen Bilder von den mehr nach hinten gelegenen eine differente Beschaffenheit haben, so dass man umgekehrt aus dem gegebenen Bilde genau den Standort des Endoskopendes schliessen könne.

Die mitgetheilten einzelnen Befunde der Harnröhre entsprechen zum Theile sammt den aufgestellten Benennungen jenen, die Redner publicirte, zum Theile differiren dieselben. So zunächst in der Pars prostatica und membranacea.

Die Bilder der ersteren Partie, die ganz charakteristisch sind und nach mässiger Uebung von Jedermann einzustellen sind, vermisst Grünfeld vollkommen, die der Pars membranacea zum Theile.

Was nun die Erkrankungsformen betrifft, so sind nach Grünfeld's zahlreichen Untersuchungen beim acuten sowohl, als auch beim chronischen Tripper sehr differente endoskopische Bilder zu

constatiren, die gewissen klinischen Befunden entsprechen. Dagegen behauptete der Vortragende, es gebe nur einerlei Processe und einerlei Befunde, es gebe kein Granulosa und er habe nie ein Granulom gesehen.

In der Therapie hat Gschirhakl die von Grünfeld eingeführte Anwendung des Cuprum sulfur. als alleiniges Mittel adoptirt.

Wenn nun bei der Therapie empfohlen wird zu individualisiren, so ist dem nur beizustimmen, doch mit der Beifügung, dass diese nothwendige Individualisirung nicht von einem Zufalle, sondern von dem objectiven Befunde abhängen soll. Man wird eben bei einer succulenten Schleimhaut anders verfahren, als bei einer derben, bei einer xerotischen anders als bei einer dicken etc. Diese Individualisirung beweist wieder, dass die aufgestellte Unität des Processes theoretisch angenommen, aber in praxi fallen gelassen werden müsse.

Neben den angegebenen Differenzen stimmen die wesentlicheren Befunde mehr weniger überein. Neu sind nur die umständlicheren Erklärungen über die Configuration der endoskopischen Bilder.

Herr Regimentsarzt Dr. Gschirhakl betont nochmals die Gegensätze zwischen seinen Befunden und denjenigen des Dr. Grünfeld. Er gibt der Ueberzeugung Ausdruck, dass hier nicht der Ort sei, sich zu verständigen. Es müsse nachuntersucht werden.

Wien, am 10. Juni 1887.

Der Vorsitzende: Breisky.

Von der Bibliothek.

In Befolgung eines ausgesprochenen Wunsches seines Vaters, weiland Hofrathes Prof. v. Arlt, sowie aus eigenem Antriebe hat Herr Dr. Ferdinand v. Arlt der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 872 Werke medicinischen Inhaltes geschenkt.

Von diesen wurden etwa 200, als in unserer Bibliothek bereits vorhanden, ausgeschieden, und werden dieselben im Einverständnisse mit dem Spender anderen öffentlichen Instituten zugewiesen werden.

In diesem Nachlasse befinden sich die Inaugural-Dissertationen von Arlt, Arcoleo, Argyropulos, Aschenbrandt, Barbar, Berger, Berthold Emil, Berthold Alois, Bruckner, Carp, Coccius, Costa-Pruneda, Derby Hasket, Dittrich, Dorauth, van Dovemaal, Dusensy S., Dwořák, Ebenhoch, Engel, Ehrlich, Emmert, Erb,

*

Erdmann, Ewetzky, Formanek, Fuhrmann Joseph, Gieseler, Gulz, Halbertsma, Hák, Heddeus, Hassenstein, Heller Jos. Cyrill, Heller Franz, Hermann Julius, v. Hoffmann, Hojak, Holeczek, Jaeger Carolus, Jirusch, Isler, Kallasch, v. Karwat, Kammerer, Kuh, Klement, Königshofer, Kranich, Krkawec, Kruis, Kussmaul Adolf, Kuyper, Lamhofer, Landolt, Lichtenstädt, Liebe, Loeff, Magnus, Mildner, Moser, Müller Joh. Jac., van Münster, Nettwall, Nellessen, Neustadtl, Nowák, Osborne, Pflüger E., Pitha, Roehlmann, Rasch, Rehm v. Reeken, Reuss August, Rohm, Rosenstein, v. Rothmund, Rumpf, Saar, Sammet, Schmoeger, Seegen D. G., Scikora, Semerad-Mathias A., Schenk, Schirmer, Schmidt, Schneider, Schneyder, Schnütgen, Schöler, Schoeder, Schramek, Schuchardt, Schultheiss, Schroembgens, Siche, Snietiny, Stammeshaus, Stane, Steppan, Stoebrich, Strauss, Stros, Syrowatka, Strube, Tschapek, Tscherbatscheff, Ungefug, Varrentrapp, Vogel, Wagner Johann, Wagner F., Wagner H., Weber, Weger, Welz, Werth, Westhoff, Wilt, Winter, Wolffberg, Wodwarka, Wostry, Wulffert, Wydra, Zimmer.

Ausserdem sind der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien folgende Werke gewidmet und einverleibt worden:

Dalla Rosa, Dr. L., Das postembryonale Wachsthum des menschlichen Schläfenmuskels. Stuttgart 1886.

Wölfler, Dr. Prof. A., Die chirurgische Behandlung des Kropfes. Berlin 1887.

Neusser, Dr. Edmund, Die Pellagra in österr. Rumänien. Wien 1887.

Zu Stellung der Militärärzte im österr.-ung. Heeresverbande. (Anonym.) Sep.-Abdr. 1887.

Wiener Klinik: Loebisch, Dr. Prof. W., Ueber die neueren Behandlungsweisen der Fettleibigkeit.

— Schreiber, Dr. A., Die mechanische Behandlung der Lumbago. Wien 1887.

— Englisch, Dr. J., Der Catheterismus.

Klin. Zeit- und Streitfragen: Weichselbaum, Dr. Prof. A., Der gegenwärtige Stand der Bacteriologie und ihre Beziehung zur praktischeu Medicin. Wien 1887.

— Obersteiner, Prof. H., Hypnotismus. Wien 1887.

Internat. klin. Rundschau. (Erscheint seit Jänner 1887.)

Vierzehnter Jahresbericht des Leopoldstädter Kinderspitals.

Programm für den 17. internat. Congress für Hygiene und Demographie zu Wien. 1887.

Kusy, Dr. Em., Sanitätsbericht des k. k. Landessanitätsrathes für Mähren f. d. J. 1885. Brünn 1887.

Fortschritte der Medicin, 1. und 2. Band. Gespendet von dem k. k. Oberstabsarzt Herrn Dr. Neudörfer.

Eder, Dr. A., Aerztlicher Bericht der Privatheilanstalt. Wien 1887.

Kaposi, Prof. M., Ueber eine neue Form von Hautkrankheit: Lymphoderma perniciosa. (Sep.-Abdr.)

— Lichen ruber moniliformis, Korallenschnurartiger Lichen ruber. Wien 1886.

Die Choleradebatte im Wiener med. Doctorencollegium. Sep.-Abdr. Wien 1887.

Favarger, Dr. H., Ueber die chron. Tabakvergiftung und ihren Einfluss auf das Herz und den Magen. Sep.-Abdr. Wien 1887.

Mracek, Dr. Fr., Syphilis haemorrhagica neonatorum. Sep.-Abdr. Wien 1887.

Steinbach, Dr. J., Zur Pathologie und Therapie der Seekrankheit. Sep.-Abdr. Wien 1886.

— Ein Fall von räthselhafter Luesinoculation. Sep.-Abdr. Wien 1887.

Riedel, Dr. O., Die Cholera. Berlin 1887.

Schoppe, Dr. H., Der Brechdurchfall der Säuglinge und seine Behandlung. Bonn 1887.

Cohn, Dr. H., Mittheilungen aus der Augenklinik. Wiesbaden 1887.

Waldeyer, W., Ueber den Placentarkreislauf des Menschen. Sep.-Abdr. Berlin 1887.

Hübbe-Schleiden, Dr. J., Sphynx, Monatsschrift für die geschichtl. und experim. Begründung der übersinnlichen Weltanschauung. Leipzig 1887.

Jahrbuch und Kalendarium der Wiener freiwilligen Rettungs-Gesellschaft. Wien 1886.

Zäslein, Dr. Th., Ueber den praktischen Nutzen der Koch-schen Platteneulturen in der Choleraepidemie d. J. 1886 in Genua. Sep.-Abdr.

Ultzmann, Prof. Dr. Rob., Zur localen Behandluug der Blase. Ueber Polyurie, Anurie und Oligurie. Wien 1887.

Unger, Dr. L., Ueber multiple inselförmige Sclerose des Centralnervensystems im Kindesalter. Leipzig und Wien 1887.

— Ueber corticale Epilepsie und deren Vorkommen im Kindesalter. Sep.-Abdr.

Adler, Dr. Hans, Prof. Ferd. Ritter v. Arlt. (Eine Erinnerungsschrift.) Wien 1887.

Nicoladoni, Prof. C., Bericht über 50 wegen Tumoren am weiblichen Genitale ausgeführte Laparotomien. Sep.-Abdr. Wien 1887.



Teleky, Dr. H., Zur Behandlung des Hydrops. Sep.-Abdr. Wien 1882.

— Ueber den mechanischen Verschluss des Anus praeternaturalis. Sep.-Abdr. Wien 1885.

— Ueber Meningitis cerebrospinalis infectiosa. Sep.-Abdr. Wien 1887.

Wehburg, Dr. H., Wider den Missbrauch des Alkohols zumal am Krankenbette. Berlin und Neuwied 1887.

Eichholz, Dr., Zur Diagnose und Therapie der atypischen Uterusblutungen. Sep.-Abdr. Wien und Neuwied 1887.

Dahlmann, Dr. F., Zur Behandlung der Fehlgeburten. Berlin und Neuwied 1887.

Martreb, F. L., Bad Cudova (Prov. Schlesien). Zürich 1887.

Achter Generalbericht der österr. Gesellschaft vom rothen Kreuze. Wien 1887.

Anleitung zur Vornahme meteorologischer und hydrometrischer Beobachtungen. Wien 1887.

Zasslein, Biologia del bacillo verpola. (Sep.-Abdr.) Genua 1887.

Revue internationale de l'enseignement. 7. Année. Nr. 3. Paris 1887.

Marienbad. (Anonym.)

Löwenthal, Dr. W., L'enseignement actuel de l'hygiéne. Paris 1887.

Bibliographie des sciences médicales. Paris 1887.

Killias, Ede Tarasp schult. Budapest 1887.

29. Annual report of the Nova Scotia Hospital for Insane. Halifax 1887.

Bidrag till Sveriges officiela Statisti. Stockholm 1887.

Zappalà, Del collo della vescica ad imbuto nella litotripsia. Catania 1887.

Jauvrin, A case of Tubal Pregnancy. Sep.-Abdr. New-York 1886.

Report by collective investigation committee of the norwegian medical association on the Etiology of Rickets, acute Rheumatism Chorea cancer, urinary calculus. Christiania 1887.

Marienbad, Herausgegeben von der Stadtgemeinde Marienbad.

Von den übrigen zahlreichen, zumeist ophthalmologischen Werken dieser Sammlung, deren genaues Verzeichniss gelegentlich erscheinen wird, seien hier nur nachstehende hervorgehoben: Baglirius, Sämisch, Schleiden, Swan, Sprengel, Stamm (Krankheitsvernichtung, Zürich 1881), Schweiger, Volkmann, Dor, Cohn, Chrobak, Bibra, Budge, Andreas, Magni, Meynert, Louis, Landolt, Rittmann, A. Haller, Hasner, C. Graefe und A. v. Graefe;

ferner eine grosse Anzahl von Jahresberichten verschiedener Augenkliniken und Spitäler.

Dr. **Hajek**, d. Z. Bibliothekar.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 10. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. **Breisky**.

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko**.

Herr Hofrath v. **Bamberger** übermittelt der Gesellschaft den Dank Hofrath Billroth's für die Beglückwünschung zu seiner Wiedergenesung.

Herr Dr. **F. Salzer** stellt einen Fall von geheilter Resection der stricturirten Pars pylorica des Magens vor.

Herr Dr. **Hochenegg** stellt einen Fall von geheilter Resection des Rectums vor.

Herr Prof. v. **Dittel** bespricht einen von ihm operirten Fall von Blasensteinen und demonstrirt die durch den Perinealschnitt entfernten Steine.

Herr Dr. **Frey** stellt einen Fall von multipler Enchondrombildung vor.

Herr Docent Dr. **Königstein** demonstrirt Präparate von Synchysis scintillans.

Herr Hofrath v. **Bamberger** verliest einen Brief L. Pasteur's, womit dieser eine beiliegende Widerlegungsschrift der jüngsten Arbeit des Dr. v. Frisch über die Hundswuth, der Gesellschaft der Aerzte übersendete.

Eine Uebersetzung dieser Schrift, durch den von L. Pasteur dazu autorisirten Dr. Ullmann ausgeführt, gelangt durch den Schriftführer zur Verlesung.

Herr Dr. **Ullmann** verliest eine vorläufige Mittheilung, betreffend seine Experimente über Hundswuth.

Herr Prof. Dr. v. **Frisch** vertheidigt sich gegen die von L. Pasteur in der zur Verlesung gelangten Schrift gegen ihn und seine Arbeit gerichteten Angriffe.

Herr Prof. Dr. **Wertheim** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Differentialdiagnose der verschiedenen syphilitischen Geschwüre (mit Demonstration diesbezüglicher Präparate).



Programm

der am Freitag den 17. Juni 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. Dr. **Toldt** stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Doc. Dr. **Vajda**: Beiträge zur Anatomie des männlichen Urogenital-Apparates.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**

Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

23. Juni 1887. Nr. 22.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 10. Juni 1887. — Summarischer Bericht über die Sitzung vom 17. Juni 1887.

Protokoll der Sitzung vom 10. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. **Breisky.**

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko.**

Herr Hofrath v. Bamberger übermittelt der Gesellschaft den Dank Hofrath Billroth's für die Beglückwünschung zu seiner Wiedergenesung.

Herr Dr. **Fritz Salzer** stellt einen Fall von Pylorusresection vor und demonstrirt das betreffende Präparat des durch Narbengewebe stenosirten Pylorus.

Die 55jährige Frau K. W. wurde Ende Februar 1887 mit der Diagnose Carcinoma pylori auf die Klinik Billroth aufgenommen. Die Anamnese ergab, dass die Kranke seit 3 Jahren an Magenbeschwerden, wie Appetitlosigkeit, saurem Aufstossen, krampfartigen Schmerzen nach dem Genuss fester Nahrung litt. Seit einem Jahr erfolgt regelmässig Erbrechen drei Stunden nach der Mahlzeit. In den letzten Monaten trat rascher Verfall der Kräfte ein. Weder das Erbrochene noch der Stuhl soll je Eiter, Blut oder Gewebspartikel enthalten haben.

Am Tage der Aufnahme konnte man bei der colossal abgemagerten Multipara deutlich die Contouren des enorm dilatirten Magens durch die Bauchdecken hindurch erkennen. Ausserdem fühlte man bei der Palpation des Abdomens drei Finger breit über und etwas rechts vom Nabel einen 6 Cm. langen, 3 Cm. breiten harten Körper, dessen Längsaxe parallel der Medianlinie lag und der im Bauchraum wenig seitlich verschiebbar war. Da die Geschwulst offenbar dem Pylorus entsprach, wurde angenommen, dass ein Carcinom die Symptome der Stenosis pylori veranlasse.

Wegen des elenden Kräfte- und Ernährungszustandes der Patientin konnte sich Herr Hofrath Billroth nicht sogleich zur

Operation entschliessen und es wurde daher versucht, die Kranke durch zweckmässige Ernährung zu kräftigen. Sie erholte sich zusehends, als man jeden zweiten Tag Magenauswaschungen vornahm. Erbrechen trat nur mehr in dem Fall ein, dass man auch einen dritten Tag über den Magen nicht durch Auspumpen entleerte. Am 26. März war die Kranke soweit gekräftigt, dass Salzer die Resectio pylori ausführen konnte. Die Technik war die sonst an der Klinik Billroth übliche. Eine schwere Complication bot während der Operation die ausgedehnte Verwachsung der Geschwulst mit dem Pancreaskopfe. Die Präparation hatte eine ausgedehnte Verletzung des Pancreas mit consecutiver heftiger parenchymatöser Blutung zur Folge. Zahlreiche tiefe und oberflächliche Seidennähte bewirkten zugleich die Blutstillung und die Vereinigung der Pancreaswunde. Während der Darmnaht leistete Rydygier's Darmklemme zum Abschluss des Magens sehr gute Dienste. Bei der Etagennaht der Bauchwand musste die, einen wallnussgrossen Stein enthaltende, Gallenblase wiederholt aus dem Bereich der Wunde gedrängt werden. Derzeit scheint dieselbe mit dem unteren Ende der Bauchnarbe verwachsen zu sein, ohne irgendwelche Beschwerden zu verursachen. Die Kranke hat seit der Operation um 7 Kilogramm zugenommen, nie mehr erbrochen. Sie isst mit Appetit und verträgt sogar schwer verdauliche Kost.

Die Untersuchung des exstirpirten Pylorus ergab, dass die Stenose durch massiges Narbengewebe um ein tiefgreifendes Ulcus pylori verursacht wurde. Die engste Stelle am Uebergang des Pylorus in das Duodenum hatte eine Lichtung von 5—8 Mm.

Herr Dr. J. **Hochenegg** stellt eine Frau geheilt vor, an der er wegen hochsitzendem Carcinom des Rectums die Exstirpation des Neugebildes nach Kraske vorgenommen hat.

Patientin ist 32 Jahre alt, die ersten Symptome ihrer Erkrankung stellten sich vor 5 Monaten ein, nachdem die Frau bis zu jener Zeit vollkommen gesund gewesen ist; vor 5 Monaten begann nach einer länger andauernden Verstopfung eine profuse Diarrhoe, die die ganze Zeit bis zur Spitalaufnahme anhielt. Patientin entleerte während dieser Zeit sehr häufig zu Anfang blos fäculente Massen, später aber auch Blut und Eiter. Seit einem Monat hat Patientin constante Schmerzen in ihrer Unterbauchgegend, die sich bei Arbeit heftig steigern. Unter diesen Symptomen magerte Patientin rapid ab und bemerkte einen rapiden Verfall ihrer Kräfte. Als Patientin am 2. Mai d. J. zu uns in die Ambulanz kam, konnte ich an der damals ziemlich schlecht aussehenden, mageren, mit einer eigenthümlich trockenen Haut behafteten Patientin constatiren, dass sie an einem circa 6 Cm. von der Analportion entfernt beginnenden Carcin. recti leide, welches in der für Carcinoma charakteristischen Härte und Art des Anfühlens, namentlich die rück-

wärtige Wand, dann aber auch den grössten Theil der beiden seitlichen Flächen des Rectums einnehme, so dass nur ein schmaler Streif von gesunder Schleimhaut an der vorderen Rectalwand palpabel war. Nachdem man mit dem touchirenden Finger den unteren Rand des Neoplasmas passirt hatte, gelangte man zu einer mit zerfallendem Gewebe bedeckten Geschwürsfläche, deren obere Randbegrenzung ich mit meinem Finger nicht abzutasten vermochte. Die durch das Neoplasma gegebene Stricturirung war keine hochgradige.

Nach den üblichen vorbereitenden Manipulationen, wie gründliche Entleerung und Irrigation des Darmes, schritt ich am 12. Mai zur Operation, die darin bestand, dass ich nach Prof. Kraske's Rath nach Durchschneidung der Haut, der Musculatur des Periostes, die Ligg. tuberosa sacra, spinos. sacrum auf der linken Seite durchtrennte, dann das Os coccygis enucleirte und in einem nach links concaven Bogen das unterste Stück des Kreuzbeins von dessen lateraler linker Fläche bis gegen seinen unteren, dem Os coccygis zugewendeten Antheile resecirte. Nach dieser Voroperation konnte ich das ganze Cavum ischiorectale, sowie die hintere Fläche des Rectums übersehen und isolirte nun unter grösstentheils stumpfer Präparation, indem ich die früher mit Pinc. haemost. abgeklemmten Bindegewebsbrücken durchtrennte, das Neoplasma nach oben und unten zu vollständig, führte einen starken Ligaturfaden zwischen Neoplasma und der vollständig intacten Analportion herum; mit diesem Faden schnürte ich das untere Stück des Rectums ab und schnitt hierauf mittelst Scheere das ganze Darmrohr quer durch.

Die Blutung aus der durchschnittenen Analportion war unbedeutend und konnte mittelst einiger Ligaturen sehr bald gestillt werden. Jetzt klappte ich das durch das Neoplasma in einen Tumor von Eigrösse umgewandelte Rectum nach oben und hinten zu um und isolirte das Rectum auch nach oben zu frei bis vollständig gesundes Gewebe getastet wurde.

Nach einer provisorischen elastischen Ligatur an dem centralen Antheil des Rectums und einer Seidenligatur um das zu exstirpirende Stück, schnitt ich auch hier quer durch. Die Blutung war in diesem Fall eine bedeutend stärkere. Nach Lösung des Schlauches spritzte ein grösseres Hämorrhoidalgefäss, das ich wahrscheinlich bei der Isolirung des Tumors übersehen hatte. Nach gründlicher Desinfection wurde das obere dem Rectum angehörige Darmlumen an dem unteren mit der Analportion zusammenhängenden Darmstücke durch tiefe und oberflächliche Seidennähte exact angenäht und nach abermaliger Irrigation und ausgiebiger Drainage der gegen beide Seiten zu sich ergebenden Ausbuchtungen die Wunde bis zu dem unteren Winkel, aus welchem die Drains herausgeleitet wurden, vernäht, darüber ein Sublimatgazeverband an-

*

gelegt, durch den das in das Rectum eingeführte Drainrohr herausgeleitet wurde. Der Verlauf war ein vollständig aseptischer. Die höchste am 2. Tage erreichte Temperatur war 38·4. Das subjective Befinden war nicht einen Tag ein gestörtes. Am 2. Tage musste der Verband gewechselt werden, da derselbe blutig durchtränkt war. Fünf Tage nach der Operation hatte Patientin nach Verabreichung von Ricinusöl breiigen Stuhl, der damals einzig und allein durch das im Rectum befindliche Drains abgegangen war. Einige Tage später jedoch gingen auch durch die Wunde Fäces ab, welcher Umstand auf eine erbsengrosse Fistel in der hinteren Rectalwand zurückzuführen war, die jedoch ebenfalls in der Ausheilung begriffen ist. Hierauf bespricht Dr. Hochenegg die Vortheile dieser Operationsmethode, die im Folgenden zusammenzufassen sind:

1. Können durch diese Methode Carcinome operirt werden, die für alle anderen Methoden als inoperabel bezeichnet werden müssen.

2. Kann mit viel mehr Aussicht auf exacte Heilung und Erhaltung der gesunden Analportion des Rectums das obere Stück an das untere angenäht werden.

3. Ist die Blutung bei dieser Operation geringer als bei allen anderen und nicht zu fürchten, da man das blutende Gefäss vor sich sieht.

4. Ist bei diesem Verfahren eine ausgiebige durch die Augen des Chirurgen controlirte Drainirung der bei jeder Rectalexstirpation sich ergebenden Höhlen und Buchten möglich.

Herr Prof. **v. Dittel** bespricht einen von ihm operirten Fall von Blasensteinen und demonstrirt die durch den Perinealschnitt entfernten Steine.

Herr Dr. **Frey** stellt einen Fall von multipler Enchondrombildung vor.

Herr Doc. Dr. **Königstein** demonstrirt Präparate von Synchysis scintillans.

Herr Hofrath **v. Bamberger** verliest den folgenden an den Präsidenten der Gesellschaft gerichteten Brief L. Pasteur's:

Paris, le 30 Mai 1887.

À Monsieur le Président de l'Académie royale-impériale des Médecins, à Vienne.

Monsieur le Président!

Je vous serais fort obligé de me permettre de déposer sur le bureau de votre savante compagnie la réfutation ci-joint de la brochure récente de M. le docteur de Frisch sur la rage. Veuillez recevoir, monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

L. Pasteur.

Eine Uebersetzung der diesem Briefe beigelegten Schrift Pasteur's wird von dem Schriftführer verlesen. (Die Uebersetzung wurde von Herrn Dr. Ullmann, der dazu von L. Pasteur bevollmächtigt worden war, ausgeführt.)

Der Wortlaut dieser Uebersetzung ist folgender:

Zur Frage der Schutzimpfungen gegen die Hundswuth.

Herr Dr. v. Frisch, der im Jahre 1886 von der Wiener Poliklinik nach Paris gesendet wurde, kam in mein Laboratorium, um die Methode der Schutzimpfungen gegen die Hundswuth kennen zu lernen. Nach seiner Heimreise liess ich ihm geimpfte Kaninchen übergeben, welche als erstes Material zu seinen Versuchen dienen sollten. Diese Versuche hatten den Zweck, die Thatsachen, die der Methode der Schutzimpfungen zur Grundlage dienten, zu controliren.

Frisch's erste Resultate (September 1886) lauteten für meine Methode sehr ungünstig. Am 30. December machte v. Frisch eine neue Mittheilung, welche, in 16 Punkte gefasst, die Principien der Schutzimpfung ohne Reserve verurtheilt.

Zur selben Zeit haben de Renzi und Amoroso in Neapel und Abreu in Lissabon ihre gleichfalls ungünstigen Erfahrungen veröffentlicht.

Ich will hier nicht von den Experimenten von Renzi und Amoroso und Abreu sprechen. Dr. Gamaleïa in Odessa hat in der Nummer vom 25. März in den „Annales de l'Institut Pasteur“ die Fehler dieser Arbeiten nachgewiesen.

Die Publicationen von v. Frisch schienen jedoch Anfangs eine aufmerksamere Prüfung zu verdienen. Die kurze und bündige Form, welche er seinen Schlussfolgerungen gab — ohne die detaillirten Versuche mitzutheilen — konnte einen nicht genau informirten Leser leicht einnehmen. In den ersten Tagen des Monats Mai hat Herr Prof. v. Frisch in einer 150 Seiten umfassenden Arbeit die Gesammtheit seiner Untersuchungen veröffentlicht. Kaum war das Werk erschienen, als auch der berühmte Chirurg Billroth in einem Artikel der „N. Fr. Presse“ sich darüber lobend ausgesprochen hat. Er sagte, dass diese gediegene Arbeit der Wiener Schule ein neues Prestige verleiht.

In diesem Artikel hat Billroth, nachdem er meinen früheren Arbeiten eine sehr schmeichelhafte Anerkennung gezollt, erklärt, dass ich mich auf dem Gebiete der Thierheilkunde mit der Schutzimpfung gegen Milzbrand, und auf dem Gebiete der Medicin mit den Hundswuthimpfungen gründlich geirrt hätte. Er benützt sogar den Ausdruck Fiasco.

Was die Impfungen zum Schutze vor Milzbrand betrifft, so hat Billroth nur die ehemaligen Behauptungen der Berliner Schule wiederholt, ohne daran zu denken, dass diese Kritik durch

die Thatsachen widerlegt wurde, und dass bereits selbst die Berliner Schule anderer Meinung ist. Die folgende Tabelle gibt für diese meine Aussage einen genügenden Beleg.

Tabelle der Milzbrandschutzimpfungen der letzten Jahre in Frankreich:

Jahr	Schafe	Mortalität
1882	243.199	1·08%
1883	193.119	0·77%
1884	231.693	0·97%
1885	280.107	0·90%
1886	202.064	0·75%

Bei den nicht geimpften Schafen beträgt die Mortalität 10%.

Jahr	Rinderzahl	Mortalität
1882	22.916	0·35%
1883	20.901	0·35%
1884	22.616	0·37%
1885	21.073	0·50%
1886	22.113	0·28%

Die Mortalität der ungeimpften Rinder beträgt 5%.

Was speciell die Hundswuth betrifft, so begnügt sich Billroth, der wohl hierüber keine persönlichen Erfahrungen hat, den Folgerungen Frisch's beizutreten.

Ueber diese möchte ich mir nun einige Bemerkungen erlauben.

In der Arbeit von v. Frisch machte sich die Neigung bemerkbar: 1. in gewisser Hinsicht seine Priorität zu wahren, 2. einigen theoretischen Ansichten Geltung zu verschaffen.

Ad 1. Während der Anwesenheit des Herrn v. Frisch in meinem Laboratorium und gelegentlich unseres Gespräches habe ich ihm über noch nicht veröffentlichte Experimente Mittheilung gemacht. Es handelte sich um die Schutzimpfung an Hunden, nachdem dieselben subdural mit Strassenwuth inficirt worden sind.

Als ich nun in der Arbeit von v. Frisch las, dass er die Initiative zu einem ähnlichen Verfahren sich beilegt, war ich nicht wenig erstaunt.

Es wird wohl genügen, wenn ich erkläre, dass gerade zur Zeit, als Herr Frisch mein Laboratorium besucht hat, ich anderen Gelehrten ähnliche Mittheilungen über meine Experimente der Schutzimpfung nach subduraler Infection machte. Ich nenne Herrn Prof. Burdon-Sanderson und Victor Horsley, beide Mitglieder der englischen Lyssacommission, ferner Herrn Dr. Gamaleïa, der in der Gesellschaft der Aerzte in Odessa am 7. Juni 1886, lange vor Frisch's Publicationen sich folgendermassen geäussert hat: Pasteur zeigte auch, dass man in manchen Fällen selbst nach subduraler Infection dem Ausbruch der Wuth vorbeugen kann.

Ich hätte vielleicht meine Priorität in diesem Punkte nicht hervorgehoben, wenn Herr v. Frisch der Sache dadurch nicht eine so ausserordentliche Bedeutung zugemessen hätte, dass er behauptet, dass man durch diese Methode der Infection, das heisst durch subdurale Impfung von Strassenwuth mit nachfolgender Schutzimpfung allein im Stande sei, über den Werth meiner Arbeit sich ein Urtheil zu bilden.

Diese Behauptung ist aber unzulässig. Sie ist inexact. Die Beweiskraft meiner Versuche bleibt davon unberührt auch dann, wenn die Schutzimpfung nach subduraler Infection ganz ohne Erfolg wäre.

Die Schutzimpfung unter solchen Verhältnissen ist doch etwas ganz anderes als die Schutzimpfung nach subduraler Infection mit Strassenwuth. Jene ist, wie ich mich schon anderwärts ausdrückte, ein experimentelles Kraftstück (tour de force). Ich habe auch die Schutzimpfung nach subduraler Infection nur aufgenommen, um einen Beweis a fortiori anzustreben; im Uebrigen hat Herr Dr. Bardach in Odessa die Richtigkeit meiner Resultate durch zehn Erfolge unter 15 Versuchen bestätigt.

Andere Umstände werfen indess noch ein besonderes Licht auf Frisch's Versuche.

Ich habe bereits betont, dass diese Experimente wesentlich an Kaninchen und nicht an Hunden gemacht wurden. Meine Versuche hingegen sind stets an Hunden, nie aber an Kaninchen vorgenommen worden. Häufig haben wir zwar Gelegenheit, zu constatiren, dass Kaninchen ähnlich wie Hunde gegen die Wuth refractär gemacht werden können. Ich erwähne hier, dass z. B. ein Kaninchen einer dreimaligen subduralen Infection in längeren Zeitabschnitten (à trois reprises et à longs intervalles) unterzogen wurde, aber ich wiederhole es, dass ich die Schutzimpfung der Kaninchen überhaupt nicht regelmässig verfolgt und vollends eine Schutzimpfung nach subduraler Infection bei denselben gar nie versucht habe.

Herr v. Frisch hat also den Fehler begangen, dass er meine an Hunden ausgeführten Versuche an Kaninchen controlirt hat; überdies hat er meist und bis zur Zeit, wo er eines Besseren belehrt wurde, die langsame Methode der Schutzimpfung bei der subduralen Infection ausgeübt, ohne zu bedenken, dass die langsame Methode wegen des raschen Verlaufes bei subduraler Infection nicht am Platze ist.

Endlich hat v. Frisch einige Versuche, sowohl an Kaninchen wie auch an Hunden darüber angestellt, von welchem Einfluss die Schutzimpfungen — nach der verstärkten Methode — als solche ohne vorhergehende Infection seien. Wenn Frisch's Behauptungen richtig wären, so wäre ein Vorwurf gegen diese Methode gewiss gerechtfertigt, und legt auch Billroth den von Frisch in dieser Richtung ausgeführten Versuchen einen besonderen Werth bei.

Auf die Details der Versuche gehe ich hier gar nicht ein, ich hebe nur im Allgemeinen hervor, dass Herr v. Frisch erstens in seinen Protokollen Incubationszeiten angibt, welche meinen bestimmten Erfahrungen über die Wirkung des Virus fix gar nicht entsprechen. Ich muss daher vermuthen, dass Herr v. Frisch entweder ungenau experimentirt, oder dass das ihm übergebene Virus andere Eigenschaften angenommen hat. Für die Ungenauigkeit seiner Versuche spricht auch der Umstand, dass er öfters Todesfälle an Septicämie verzeichnet. Diese letzgenannte Thatsache ist mit einer strengen Arbeitsmethode unvereinbar. „Ce dernier fait est incompatible avec des manipulations sévères."

Herr v. Frisch hat sich, wie mir scheint, auch eines logischen Fehlers schuldig gemacht. Als nämlich die Arbeit von Amoroso und de Renzi erschien, richtete ich am 9. Februar 1887 an den Redacteur des „Pungolo" ein Schreiben, das folgenden Passus enthielt:

Herr Dr. Frisch hat an Hunden experimentirt und hat dieselben subdural mit Strassenwuth inficirt. Der Versuch misslang, die Thiere durch Schutzimpfung zu erhalten; aber ich stelle dem meine positiven Resultate entgegen, die wohl beweisender sind, als alle negativen.

Herr Dr. Frisch wiederholt in seiner Brochure diesen Passus und fügt hinzu: Ich gebe zu, dass negative Ergebnisse gegen positive nichts beweisen; aber mit welchem Rechte nennt Pasteur meine Versuchsergebnisse die negativen? Sind nicht vielmehr seine negativ und meine die positiven?

Man überlege nun:

1. Die subdurale Infection hat stets den Tod des Versuchsthieres durch Lyssa zur Folge.

Ich füge diesem Satze noch hinzu:

2. Dass selbst bei dieser Art der Infection die Schutzimpfung von Erfolg begleitet sein kann.

Ist es nicht evident, dass, wenn man auf diese Weise einen Erfolg erzielt, man ein positives Resultat hat. Ist es nicht unlogisch, das Gegentheil zu behaupten.

Ich würde nicht zu Ende kommen, wollte ich Alles, was in der Arbeit dieses Beobachters fehlerhaft ist, hervorheben. So die ungenügend motivirten Behauptungen über die Statistik der Wuth, über den Unterschied grosser und kleiner Wunden etc. etc.

Die Fachgenossen werden sich vielleicht noch erinnern, welche Einwände gegen die Schutzimpfung gegen Milzbrand vor Jahren erhoben wurden. Der wissenschaftliche und praktische Werth dieser Impfungen ist heute erwiesen. Die Zeit wird auch die Frage über die Hundswuth reifen und ich erwarte mit Vertrauen das letzte Wort, das darüber gesprochen werden wird.

Paris, den 29. Mai 1887. L. Pasteur.

Der Wortlaut des Originales der Pasteur'schen Schrift ist folgender:

Le Dr. von Frisch envoyé par la Policlinique de Vienne, vint à Paris en 1886, suivre dans mon laboratoire la méthode de prophylaxie de la rage. Au moment de son départ pour l'Autriche, je lui fis remettre des lapins inoculés qui devaient lui fournir la matière première de ses recherches. Celles-ci eurent pour objet le contrôle des faits servant de base à la méthode de prophylaxie de la rage.

Leurs premiers résultats (Septembre 1886) furent très défavorables à cette méthode. Une seconde publication fut faite par Mr. von Frisch, le 30 Décembre, sous forme de 16 propositions qui condamnaient également sans réserve les principes de la méthode.

A la même époque les professeurs de Renzi et Amoroso, de Naples, et M. Abreu, de Lisbonne, firent paraître, de leur côté, des expériences non moins contraires à cette méthode que celles du Dr. von Frisch.

Je ne parlerai pas ici des expériences de MM. de Renzi, Amoroso et Abreu. La critique en a été faite dans les Annales de l'Institut Pasteur, No. du 25 mars dernier, par le docteur Gamaleïa, S. Directeur du laboratoire antirabique d'Odessa, qui en a montré toute l'incorrection.

Les publications de M. von Frisch semblèrent tout d'abord mériter un examen beaucoup plus attentif. La forme brève et absolue qu'il donna à ses conclusions, sans y joindre des détails d'expériences, sans qu'on pût apprécier les motifs des assertions de l'auteur, tout pouvait paraître décisif à un lecteur mal préparé. C'est seulement dans les premiers jours du mois de mai que le professeur von Frisch livra au public l'ensemble de son travail dans une brochure de 150 pages environ. A peine avait-elle paru que le célèbre chirurgien Billroth en fit l'éloge dans un article inséré au No. du 12 Mai de la Nouvelle Presse libre de Vienne. C'était, disait-il, un „important travail qui ajoutait un nouveau prestige à l'école de Vienne“.

Dans ce même article, M. Billroth, après avoir fait un très gracieux éloge de mes travaux d'autrefois, déclare que sur le terrain médical vétérinaire, par la vaccination charbonneuse, et sur le terrain médical, proprement dit, par la vaccination rabique, je me suis complètement trompé. Il emploie même l'expression vulgaire de fiasco. Au sujet de la vaccination charbonneuse, M. Billroth n'a fait que répéter ce qui avait été dit jadis par l'école de Berlin dont il invoque le témoignage, sans paraître se douter que ces critiques déjà lointaines ont été réfutées par les faits, et que l'école de Berlin a changé d'opinion. Il suffit de se reporter, au tableau des vaccinations de ces cinq dernières années.

**

Les tableaux suivants donnent le mouvement des vaccinations pour la France dans les cinq dernières années:

Années		Moutons vaccinées	Mortalité
1882	. . . .	243.199	1·08%
1883	. . . .	193.119	0·77%
1884	. . . .	231.693	0·97%
1885	. . . .	280.107	0·90%
1886	. . . .	202.064	0·75%

Chez les moutons non vaccinées la mortalité par le charbon est de 10%.

Années		Boeufs ou vaches	Mortalité
1882	. . . .	22.916	0·35%
1883	. . . .	20.901	0·35%
1884	. . . .	22.616	0·37%
1885	. . . .	21.073	0·50%
1886	. . . .	22.113	0·28%

Chez les boeufs ou vaches non vaccinées la mortalité par le charbon est de 5%.

Sur le point spécial de la rage, M. Billroth, qui n'apporte aucune expérience personnelle, se contente de donner une adhésion complète aux faits et aux conclusions du Dr. von Frisch. C'est donc de l'oeuvre de ce professeur que je vais parler.

Le mémoire du Dr. von Frisch est dominé à la fois par une préoccupation de priorité et par certaines vues théoriques. Pendant le séjour de M. Frisch dans mon laboratoire et au cours de nos entretiens, je lui avais parlé d'expériences encore inédites. Il s'agissait de la possibilité de vacciner les chiens, même après l'inoculation intracrânienne du virus de la rage des rues.

J'attribuais à ces expériences une importance capitale, par la confiance qu'elles doivent inspirer relativement à l'efficácité de la méthode de prophylaxie de la rage. Nulle morsure, en effet, ne peut-être comparée, dans la gravité de ses conséquences, à une introduction du virus rabique à la surface du cerveau, puisque la rage en est la suite dans tous les cas. Vacciner dans ces conditions était une preuve irréfutable de la valeur de la méthode de prophylaxie de la rage.

En lisant, au début de la brochure de M. von Frisch, que l'idée de ce genre d'expériences lui appartenait, ma surprise fut grande. Il me suffira pour remettre les choses à leur place, de dire que précisément au moment où M. von Frisch a fréquenté mon laboratoire, d'autres savants avaient reçu de moi la même confidence, que j'avais faite à M. von Frisch, de mes expériences de vaccination après l'inoculation à la surface du cerveau. Je citerai notamment, MM. les professeurs Burdon-Sanderson et Victor Horsley, membres tous deux de la commission anglaise

pour la rage. Je citerai également le Dr. Gamaleïa qui, dans son rapport à la société médicale d'Odessa le 7/19 juin 1886, s'exprime ainsi à la page 6, longtemps avant toute publication des expériences de M. von Frisch: „M. Pasteur a prouvé qu'il est possible, dans quelques cas, de prévenir la rage, même après l'inoculation par trépanation.“

Je n'aurais peut-être pas insisté sur ce point de priorité si M. von Frisch ne lui avait donné une importance extraordinaire, en affirmant que le genre d'expériences dont je parle, c'est-à-dire, l'inoculation du virus de la rage des rues à la surface du cerveau, suivie de la vaccination, est seule capable de permettre un jugement sur l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage.

Ce raisonnement est inadmissible. Il est tellement inexact que l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage, soit sous la dépendence du succès de la vaccination après trépanation, que cette méthode ne serait nullement intéressée, dans le cas même où toute vaccination, après inoculation par l'opération du trépan, serait impossible.

La vaccination dans de telles conditions n'est-elle pas une chose tout-à-fait particulière? N'est-elle pas, ainsi que je l'ai appelée ailleurs, un tour de force expérimental? C'est uniquement à titre de preuve a fortiori que j'ai tenté la vaccination après inoculation à la surface du cerveau. Ce qui est vrai, c'est que, à Odessa, le Dr. Bardach qui a relaté 10 réussites sur 15 essais, a confirmé l'exactitude de mes résultats.

D'autres circonstances infirment entièrement la portée de la plupart des expériences du Dr. von Frisch. Je fais observer, en premier lieu, que ses expériences ont porté, pour le plus grand nombre, sur des lapins et non sur des chiens. Or, il n'est aucune de mes expériences relatives à la méthode de vaccination qui n'ait été faite sur des chiens, jamais sur des lapins. Fort souvent, nous avons eu l'occasion de constater que les lapins comme les chiens, peuvent être rendus réfractaires à la rage. Je me souviens de l'un d'entre eux qui a subi à trois reprises, et à longs intervalles, l'inoculation à la surface du cerveau; mais je répête que je n'ai jamais tenté, avec suite, la vaccination de cet animal, ni personne autour de moi et pas une seule fois nous n'avons essayé de vacciner des lapins après inoculation par trépanation. Est-ce possible, est-ce impossible? Je l'ignore et cela ne me touche nullement. Je ne doute pas cependant, qu'il soit facile de modifier la méthode qui sert pour le chien et pour l'homme et de la rendre applicable à l'espèce lapin; encore foudrait-il craindre qu'elle ne fût pas d'un succès sûr en se servant des vaccins empruntés à des moelles de lapins rabiques dont le virus a pris une très grande accoutumance à se cultiver dans cette espèce.

Non seulement, M. von Frisch a eu le tort, puis qu'il voulait contrôler mes expériences, d'opérer principalement sur des lapins, mais il a, en outre, commis une autre faute grave. Fréquemment et jusqu'au jour où il fut averti de sa méprise, il a suivi après l'inoculation, par trépanation, la méthode lente de vaccination qui sert pour l'homme, sans réflêchir que la rage se déclarant assez promptement après la trépanation, il est nécessaire de ne pas mettre dix jours et plus à vacciner parceque le terme de l'opération devient trop voisin du moment de l'explosion de la rage.

Je sais que M. von Frisch a reproduit quelques expériences sur des chiens en se plaçant dans de meilleures conditions. Il nous apprend qu'il n'a pas réussi davantage dans ses tentatives de vaccination.

J'ajoute enfin que le Dr. von Frisch a échoué encore soit sur des lapins, soit sur des chiens, non plus en essayant de vacciner après trépanation, mais en pratiquant la vaccination sans infection préalable quelconque. Rien de plus grave assurément pour cette méthode de prophylaxie de la rage, si les assertions de M. von Frisch étaient justifiées. Aussi, l'éminent Dr. Billroth, souligne ces dernières expériences d'une façon toute particulière.

Je suis contraint d'entrer ici plus à fond dans le détail des expériences de M. von Frisch, parceque nous allons y rencontrer des faits d'une gravité exceptionnelle qui, à eux seuls, suffisent à jeter la plus grande défaveur sur tout le travail de ce savant.

On lit page 99 de la brochure du Dr. von Frisch: 3 chiens et 10 lapins sont vaccinés par la méthode intensive en 10 jours et 3 traitements. Ils sont tous morts excepté un lapin. Les durées d'incubation ont été de 5 à 23 jours. En partant de ceux de ces animaux qui ont eu une durée d'incubation de 5, 6, 6, 12, 14, 17, 17 jours, on fait sur des lapins des inoculations de contrôle par trépanation. Ces lapins meurent avec des durées d'incubation de 7 à 19 jours.

A la page 94, le Dr. von Frisch a vacciné également, sans infection préalable, 14 lapins et 4 chiens. 3 chiens et 1 lapin résistent. Les autres meurent, un de septicémie, le reste de rage après des durées d'incubation variant de 5 à 16 jours. Il fait ensuite des inoculations de contrôle, toujours à des lapins, par trépanation, en se servant des bulbes des animaux morts. Cette fois, 2 lapins restent vivants, 2 meurent de septicémie et 12 après des durées d'incubation de 1 à 38 jours.

En d'autres termes et pour ces 2 séries d'expériences XII et XIV de vaccinations sans infection préalable, le Dr. von Frisch n'a retrouvé, dans 26 lapins de contrôle, que d'une manière exceptionnelle le virus des inoculations préventives.

Ces faits ruinent non seulement les expériences dont il s'agir, mais encore ils ébranlent toute confiance dans le travail entier du Dr. von Frisch. On doit en conclure que le Dr. von Frisch ou bien opère mal ou bien a laissé s'altérer entre ses mains le virus que je lui avais remis quand il a quitté Paris.

Non seulement le Dr. von Frisch a rencontré souvent, soit dans ses expériences de vaccinations soit dans ses inoculations de contrôle, des durées d'incubation tout à fait insolites, mais il signale à diverses reprises — et nous en avons eu des exemples tout à l'heure — des morts par septicémie. Ce dernier fait est incompatible avec des manipulations sévères.

J'ai donné tout à l'heure une preuve de la faiblesse de l'argumentation du Dr. von Frisch, en signalant sa prétention de placer le critérium de l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage dans le succès des vaccinations après trépanation. Ce défaut de logique de l'expérimentateur Viennois éclate à un bien plus haut degré dans les circonstances suivantes. Je me trouvais en Italie, lorsque parurent les expériences faites à Naples par les Docteurs de Renzi et Amoroso. J'écrivis au directeur du journal „Le Pungolo", de Naples, une lettre datée de Bordighera le 9 février 1887, dans laquelle se trouve le passage suivant: „Le docteur von Frisch a fait des expériences sur des chiens et a inoculé par trépanation, le virus de rage des rues. Il n'a pas réussi. Je le regrette, mais j'oppose à ses essais des résultats positifs contre les quels tombent tous les faits négatifs qu'il a pu obtenir."

M. le Dr. von Frisch reproduit dans sa brochure à la page 107 cet alinea de ma lettre au Pungolo et-il ajoute:

„J'accorde que des résultats négatifs ne prouvent rien contre des résultats positifs; mais de quel droit, Pasteur traite-t-il mes résultats de négatifs? Ne sont-ce pas plutôt les siens qui sont négatifs et les miens positifs?"

Cette opinion de M. von Frisch ne soutient pas la discussion. Qu'on en juge:

1° L'inoculation à la surface du cerveau entraîne toujours la mort des chiens par rage. Sur ce point, tout le monde est d'accord.

A cette première assertion, j'ai joint celle-ci:

2° La vaccination est possible, même après cette inoculation à la surface du cerveau.

N'est-il pas de toute évidence que si l'on réussit dans un tel mode de vaccination, on a le résultat positif? Il est souverainement illogique de dire le contraire. Telle est cependant la prétention de M. von Frisch. Je n'en finirais pas de relever tout ce qui est défectueux dans la brochure de cet observateur. Que d'affirmations, sans preuves sérieuses, dans tout ce qu'il dit des statistiques de la rage, des grandes morsures comparées aux petites etc. etc.

L'Académie se souviendra peut-être que l'atténuation des virus et la méthode de vaccination charbonneuse a donné lieu, il y a quelques années, à des contradictions qui rappellent ce qui se passe actuellement pour la rage. Le temps a marché et la valeur des méthodes de vaccination est aujourd'hui confirmée scientifiquement et pratiquement.

C'est encore au temps, qui ne plaide ni le pour ni le contre, mais qui est le juge infaillible en dernier ressort, à dire le dernier mot. Ce dernier mot, je l'attends avec confiance.

Paris, le 29 Mai 1887. L. Pasteur.

Herr Dr. **Ullmann** verliest folgende vorläufige Mittheilung: Zu einer Zeit, da die Controverse über den Werth oder Unwerth der Pasteur'schen Schutzimpfungen von Neuem geführt wird, und die Angaben über die Gefahren der Methode sich von Tag zu Tag mehren, ist es wohl gerechtfertigt, wenn ich, bevor noch meine Versuche zum Abschluss gekommen sind, mich nach manchen Richtungen hin jetzt schon äussere. Eine Experimentalarbeit, welche wie die über Lyssa eine so präcise und sorgfältige Durchführung, eine nothwendige öftere Wiederholung derselben Versuchsreihe erfordert, kann nicht in kurzer Zeit zum gedeihlichen Abschluss gebracht werden, und darin ist es begründet, dass ich bis heute gewartet habe, um dieser gelehrten Gesellschaft über die Schlussfolgerungen meiner Versuche Bericht zu erstatten. Ich erlaube mir nun auf Grund meiner Untersuchungen folgende vorläufige Mittheilung zu machen:

1. Nach meinen bisherigen Versuchen gehen in Folge der Schutzimpfungen die Thiere nicht an Lyssa zu Grunde.
2. Gewisse Thiere können durch die Schutzimpfungen gegen die Hundswuth refractär gemacht werden.
3. Die Statistik meiner an Menschen eingeführten Schutzimpfungen scheint für den Werth der Pasteur'schen Methode zu sprechen.

Ich behalte mir vor, einen detaillirten Bericht derjenigen Versuche, auf welche ich diese Behauptungen stütze, zur Zeit als meine Versuche zum Abschluss kommen werden, der geehrten Gesellschaft zu erstatten.

Herr Prof. **v. Frisch**:

Meine Herren! Herr Pasteur hat mit diesem Briefe wohl der Form genügt, das heisst, er hat mir auf meine Kritik seines Verfahrens geantwortet, allein sachlich hat er gegen meine Versuche nichts einzuwenden gewusst und die von mir aus denselben gefolgerten Schlüsse stehen bis jetzt unangefochten da. Ob die ungewöhnliche Form, welche Pasteur dieser Entgegnung gegeben hat, indem er sie an einem Orte zur Sprache bringt, an welchem der Gegenstand der Controverse nie zur Verhandlung gekommen



ist, die richtige war und ob der verehrten Gesellschaft um diese Discussion zu thun war, muss ich dahingestellt sein lassen. Gestatten Sie mir indess, Herrn Pasteur auf seine Einwürfe sofort zu entgegnen.

Was zunächst die Behauptung Pasteur's betrifft, Billroth habe in Bezug auf die Milzbrandimpfung einen veralteten Standpunkt der Berliner Schule eingenommen und letztere habe, durch Thatsachen gezwungen, ihre Meinung über den Werth dieser Impfungen geändert, so muss ich constatiren, dass dies unrichtig ist und dass die Berliner Schule ihre Meinung durchaus nicht geändert hat. In der letzten Publication über dieses Thema im II. Bande der Mittheilungen des Reichs-Gesundheitsamtes (1884) heisst es in der Arbeit von Koch, Gaffky und Löffler: „Da nun, wie wir gesehen haben, eine sichere Immunität gegen den Impfmilzbrand ohne erhebliche Verluste durch die Schutzimpfung nach dem Pasteur'schen Verfahren sich nicht erreichen lässt und da ausserdem diese mit Verlusten erkaufte Immunität, dem natürlichen Milzbrand gegenüber nur unvollkommen Stand hält, so ist die bisher geübte Schutzimpfungsmethode für die Praxis nur als ein höchst zweifelhafter Gewinn zu bezeichnen, besonders wenn man erwägt, dass die der zweiten Schutzimpfung mit einem immerhin noch starken Virus erliegenden Thiere Quellen neuer Infectionen und somit Ursache der Verbreitung der Krankheit zu werden sehr wohl geeignet sind. Ob es gelingen wird, ein sicheres und für die Praxis brauchbares Verfahren der Schutzimpfung zu finden, muss die Zukunft lehren."

Seither sind weder im Reichs-Gesundheitsamte, noch in dem unter Koch's Leitung stehenden Berliner hygienischen Institute neue Versuche gemacht, geschweige denn publicirt worden, aus denen man entnehmen könnte, dass die Berliner Schule ihre Ansicht über den Werth der Milzbrandimpfung geändert hat. Was die Macht der Thatsachen betrifft, so muss man mit der Verwerthung derartiger Zahlen, wie sie von Pasteur mitgetheilt werden, sehr vorsichtig zu Werke gehen. Ich glaube in meiner Kritik der Pasteur'schen Wuthstatistik, was die Anwendung des Verfahrens beim Menschen betrifft, zur Genüge dargethan zu haben, wie gefährlich es ist, sich durch derartige Zahlen imponiren zu lassen. Ueberhaupt scheint man den Schutzimpfungen gegen Milzbrand heute nur noch in Frankreich das erforderliche blinde Vertrauen entgegen zu bringen. Wenigstens antwortete vor Kurzem die englische Regierung durch Lord Manners auf eine von M. Gardner im Unterhause gestellte Interpellation, ob es nicht an der Zeit sei, bei Gelegenheit einer Milzbrandenzootie in Cheshire, das Pasteur'sche Verfahren einzuführen, dass die in England mit diesem Verfahren angestellten Versuche keine genügend zuverlässigen Resultate er-

geben haben, um die Einführung desselben in der Praxis befürworten zu können.

Wenn Herr Pasteur das von Billroth gebrauchte Wort „Fiasco“ zurückweist, muss ich mir doch erlauben, gerade an seine Publicationen über Milzbrand zu erinnern, insbesondere an seine Behauptung, dass Vögel gegen Milzbrand immun sind, weil der Bacillus anthracis bei der hohen Bluttemperatur dieser Thiere nicht mehr wachsen soll (Versuch mit dem kalten Bad), an seine Theorie der Infection mit Milzbrand durch Verletzungen von der Maulhöhle aus, an die berüchtigte Regenwurmtheorie, durchwegs Behauptungen, die längst in schlagender Weise widerlegt sind, mit deren Aufstellungen Pasteur nichts weniger als glücklich war, die vielmehr einem „Fiasco“ so ähnlich sehen, wie ein Ei dem anderen.

Pasteur's Behauptung, ich sei von einem Prioritätsgedanken und theoretischen Gesichtspunkten eingenommen gewesen, muss ich auf das Entschiedenste zurückweisen. Es fällt mir nicht ein, Prioritätsansprüche zu erheben und Theorien habe ich überhaupt keine aufgestellt. Es kann sein, dass Pasteur seine Versuche, Thiere nach vorausgegangener Trepanation immun zu machen, schon angestellt hatte, als ich in Paris war; publicirt aber waren sie jedenfalls nicht, und ebenso sicher ist, dass er mir auch mündlich nichts darüber mitgetheilt hat. Erst in der Mittheilung vom 2. November 1886 gibt Pasteur bekannt, dass er derartige Versuche schon früher, und zwar „mit theilweisem Erfolge“ ausgeführt habe. Pasteur sagt, er würde bei diesem Punkte nicht so lange verweilen, wenn ich nicht diesen Versuchen eine besondere Tragweite beimessen würde, indem ich behaupte, dass diese Art von Experimenten allein im Stande sei, ein Urtheil über den Werth der Impfmethode zuzulassen. Dies ist unwahr. Ich habe mich nur gegen die Benützung des Geifers als Infectionsquelle und des Bisses als Infectionsmodus für die experimentelle Prüfung des Verfahrens wegen der evidenten Unsicherheit der Wirkung und der Unexactheit der daraus zu folgernden Schlüsse ausgesprochen; es ist mir aber nicht eingefallen, zu behaupten, dass nur aus den Versuchen nach vorhergegangener Trepanation etwas gefolgert werden dürfe, ich habe im Gegentheil jene Einwände, welche man gegen diese Versuchsanwendung vorbringen kann, selbst hervorgehoben und eine grössere Reihe von Versuchen angestellt (circa 70, 63 Kaninchen, 6 Hunde), bei welchen ich den Thieren das Gift in möglichst geringer Menge subcutan applicirt habe.

Gegen diese Versuche weiss Pasteur natürlich nichts vorzubringen und er ignorirt sie deshalb vollständig, während er bei dem nicht eingeweihten Zuhörer die Vorstellung zu erwecken sucht, als hätte es sich bei meinen Versuchen blos um Erzielung von Immunität nach vorausgeschickter Trepanation gehandelt.

Herr Pasteur weiss übrigens selbst nicht, welche Bedeutung er dieser Art von Versuchen beilegen soll und es findet sich in seiner Entgegnung ein auffallender Widerspruch. Während er früher behauptet hat, diese Versuche hätten eine grundlegende Bedeutung und sie seien eine unwiderlegliche Probe für die Wirksamkeit seines Verfahrens, sagt er später, dieselben berührten eigentlich sein Verfahren gar nicht, hätten für dasselbe nicht die geringste Bedeutung, auch wenn sie alle misslingen würden und seien nur ein Kraftstück. Was also ist das Richtige?

Ferner wirft mir Herr Pasteur vor, ich hätte den Fehler gemacht, hauptsächlich Kaninchen für meine Versuche zu verwenden und es sei ihm nie eingefallen, eine Methode der Schutzimpfung gegen Wuth für diese Thierspecies zu ermitteln. Wiewohl man Kaninchen wahrscheinlich durch eine nur geringe Modification der Methode auch gegen Wuth refractär machen könnte, sei doch das Verfahren nur für Hunde und für den Menschen erprobt.

Ich habe mich zwar in meiner Arbeit schon genugsam darüber ausgesprochen, warum Kaninchen in gleicher Weise wie Hunde zu diesen Versuchen zu verwenden sein müssen, ich will aber noch einmal wiederholen, dass in allen meinen verschiedenen Versuchsreihen nebst Kaninchen auch Hunde für die gleiche Versuchsanordnung verwendet wurden und dass die Versuchsresultate bei diesen verschiedenen Thierspecies genau übereinstimmen. Wenn aber Pasteur behauptet, dass sein Verfahren für Hunde und für den Menschen ausprobirt sei, so muss ich das leugnen. Wenn auch für Hunde gewisse positive Resultate vorliegen, so gilt dies doch nicht für den Menschen. Letzterer konnte doch nicht zu Experimenten als Versuchsobject benützt werden und wenn Herr Pasteur seine Erfahrungen an Hunden ohne weiters auf den Menschen überträgt, so ist der Fehler, den er damit begeht, gewiss ebenso gross, wenn nicht grösser, als der Fehler, welchen er mir vorwirft, ich hätte aus den Versuchen an Kaninchen auf die Wirksamkeit des Verfahrens für Mensch und Hund unbeabsichtigte Schlüsse gezogen. Wie rechtfertigt Herr Pasteur die Anwendung seines Impfverfahrens beim Menschen, wenn er aus Erfahrungen an Hunden abstrahirt? Oder glaubt Pasteur wirklich, dass zwischen Mensch und Hund einerseits ein geringerer Unterschied besteht, als zwischen Hund und Kaninchen andererseits?

Ein anderer schwerer Fehler, den ich gemacht hätte, sei darin gelegen, dass ich eine zu langsame Impfmethode angewendet hätte. Dieser Vorwurf ist nicht neu und er verfügt schon über eine gewisse Geschichte. Pasteur erhob diesen Einwand gegen meine ersten Versuche (nach vorausgegangener Trepanation) in seiner Mittheilung vom 2. November 1886. Bis zu diesem Zeitpunkte war der Welt nichts über eine rasche oder verstärkte

Impfungsmethode bekannt geworden. Ich hatte also gar keinen Grund, von dem bis dahin von Pasteur befolgten und näher beschriebenen Verfahren abzuweichen. Pasteur sagt in dieser Mittheilung, er habe Versuche mit der von mir getroffenen Versuchsanordnung schon in früheren Zeiten, aber nur „mit theilweisem Erfolg" gemacht. Er giebt gleichzeitig ein neues verschärftes Verfahren an, mit welchem man sicher reussiren soll und meint, dass die unter diesen Bedingungen erzielte Immunität die sicherste Probe für die Vortrefflichkeit seiner Methode sei, Versuche theilt er diesmal nicht mit, wohl aber später. Diese Versuche betreffen 4 (vier) Hunde, wovon zwei trotz der sicher wirkenden verschärften Impfung der Wuth erlagen. Man fragt sich mit Recht, wenn diese Versuche mit der verbesserten, angeblich sicher reussirenden Methode 50% Misserfolge aufweisen, was verstand dann Pasteur eigentlich unter dem „theilweisen Erfolge" seiner früheren Versuche?

Die Versuche, welche den Zweck hatten, das von Pasteur angegebene neue verstärkte Impfverfahren auf seine Verlässlichkeit zu prüfen, betreffen 38 Thiere (30 Kaninchen, 8 Hunde). Ihre Resultate sind noch weniger günstig als die Pasteur's. Dagegen lässt sich wohl nichts weiter einwenden; es sind Thatsachen, von denen sich Jeder überzeugen kann, der sich die Mühe nehmen will, diese Versuche zu wiederholen.

Dass ich durch die verstärkte Präventivimpfung allein, ohne irgend eine anderweitige, vorherige oder nachfolgende Infection bei meinen Versuchsthieren Lyssa erhalten habe, weiss Pasteur nicht recht zu entkräften. Selbst wenn von allen diesen Thieren auch nur ein einziges durch die Präventivimpfung allein mit Wuth inficirt worden wäre, so müsste das genügen, um die Anwendung der verschärften Impfung beim Menschen in Zukunft gänzlich zu unterlassen. Was den Vorwurf betrifft, ich hätte ungewöhnliche Incubationszeiten bekommen, so kann ich Herrn Pasteur nur rathen, die Versuche, welche diese Resultate ergeben haben, nachzumachen. Vielleicht werden ihm diese Latenzperioden dann nicht mehr ungewöhnlich vorkommen. Dass mir zuweilen Thiere an Sepsis zu Grunde gingen, findet Pasteur unvereinbar mit ernsten Untersuchungen. Ich muss hervorheben, dass von den 31 Thieren, auf welche sich dieser Vorwurf bezieht, nur eines der Sepsis erlag. Im Ganzen hatte ich bei circa 1000 Versuchsthieren nur 10—12 Fälle von Sepsis. Man sollte nicht glauben, dass Pasteur, der doch selbst viel über Septicämie experimentell gearbeitet hat, sich darüber wundern kann, wenn von den für Septicämie so empfänglichen Kaninchen ein geringer Percentsatz Sepsis acquirirt, nachdem man denselben eine Reihe von subcutanen Injectionen mit verschieden lange Zeit getrockneten organischen Substanzen beigebracht hat.

Was die verschärfte Impfung überhaupt betrifft, soll Pasteur, wie französische Fachjournale melden, in jüngster Zeit dieselbe wieder aufgegeben haben und für die einfachen Bisse zu dem alten Verfahren vom 26. October 1885 zurückgekehrt sein, für Bisse im Gesicht, am Kopf und für tiefe Verletzungen wohl noch stärkere Impfstoffe anwenden, dieselben sollen aber nicht mehr jenen Grad von Virulenz erreichen, wie ihn Pasteur in seiner letzten Mittheilung angegeben hat. Wenn dies richtig ist, so wäre es gewiss ein eigenthümliches Zusammentreffen von Umständen, dass Pasteur nach der Veröffentlichung meiner ersten Versuche, welche die Unwirksamkeit seines Verfahrens nach vorausgegangener Trepanation nachwiesen, seine Impfmethode wesentlich verstärkt hat, nach meiner letzten Publication aber die verstärkte Impfung wieder aufgegeben hat, nachdem ich gezeigt habe, dass durch dieselbe allein eine Infection mit Wuth zu Stande kommen kann. Pasteur ändert nun sein Verfahren beim Menschen zum dritten oder vierten Mal und er kehrt speciell für die einfachen Bisse nun wieder zu einer Impfmethode zurück, die er selbst für schlecht und ungenügend erklärt hat, als es ihm darum zu thun war, die ungünstigen Impfresultate Gamaleïa's zu entschuldigen. Hieraus scheint mir aber hervorzugehen, dass das Impfverfahren für den Menschen doch noch nicht ganz ausprobirt sein dürfte. Es ist dies ein Herumtasten im Dunkeln und ich glaube, Herr Pasteur traut sich unbewusst doch selbst nicht einen zwingenden Schluss von seinen Experimenten an Hunden auf den Menschen zu machen.

Alle übrigen Einwände meiner Arbeit übergeht Pasteur mit Stillschweigen; er weiss nichts darauf zu antworten, dass ich nachgewiesen habe, dass die Abschwächung der Impfstoffe durch Trocknung eine höchst unzuverlässige ist (in jüngster Zeit auch in einer zweiten Publication von Amoroso und Renzi bestätigt); dass sein Virus fixe kein Gift von so constanter Grösse ist, wie er meint; dass das Zustandekommen desselben nicht von der Verimpfung durch eine so lange Reihe von Thieren abhängt, wie er angibt; er hat nicht geantwortet auf die aus meinen Versuchen mit grosser Sicherheit hervorgehende Schlussfolgerung, dass Thiere, welche dem einfachen oder verstärkten Impfverfahren unterzogen wurden, gegen eine nachherige subcutane oder subdurale Infection nicht mit Sicherheit zu schützen sind, er hat nicht geantwortet auf meine Kritik der Statistik, welche zeigt, dass die Impfungen an Menschen niemals im Stande sind, über den Werth seiner Methode einen sicheren Schluss zuzulassen u. s. w.

Pasteur hat entgegnet, aber er hat nicht widerlegt und ich warte ruhig eine Wiederholung meiner Versuche von anderer Seite ab uud zweifle gar nicht, dass auch andere unparteiische Forscher zu den gleichen Resultaten, wie ich, gelangen werden.

dass das Pasteur'sche Verfahren der Schutzimpfung gegen Hundswuth heute noch auf ungenügender experimenteller Basis beruht und für eine Anwendung desselben beim Menschen keine Berechtigung vorliegt.

Herr Prof. Dr. **Wertheim** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Differentialdiagnose der verschiedenen syphilitischen Geschwüre (mit Demonstration diesbezüglicher Präparate).

Wien, am 17. Juni 1887.

Der Vorsitzende: Dr. Bamberger.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 17. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa.**

Herr Dr. **v. Hacker** stellt eine Frau vor, an welcher nach einer explorativen Laparotomie die früher bestandenen schweren Magenerscheinungen, als deren Ursache man ein Pyloruscarcinom vermuthet hatte, andauernd zurücktraten.

Herr Dr. **Teleky** richtet an den Vortragenden die Frage, ob freie Salzsäure im Mageninhalt nachgewiesen wurde, worauf Hofr. Prof. v. Bamberger seine Erfahrungen über diesen Gegenstand mittheilt.

Herr Doc. Dr. **Königstein** stellt einen Fall von sogenannten Frühjahrscatarrh der Conjunctiva vor.

Herr Doc. Dr. **Riehl** bespricht im Anschlusse an die von ihm in der vorletzten Sitzung demonstrirten Fälle von „acuten umschriebenem Oedem" diese Hautaffection.

Herr Dr. **Ad. Gruss** berichtet im Anschlusse daran über einen Fall von acuten retrobulbären Oedem.

An die mitgetheilten Fälle knüpfen die Herren Hofräthe Prof. Meynert und v. Bamberger einige Erörterungen.

Herr Doc. Dr. **Vajda** hält seinen angekündigten Vortrag: „Beiträge zur Anatomie des männlichen Urogenital-Apparates."

Im Auftrage des Präsidiums wird den Herren P. T. Mitgliedern bekannt gegeben, dass die nächste Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte am **Freitag, den 14. October 1887** stattfindet.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

17. October 1887. Nr. 23.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Programm der Sitzung vom 21. October 1887.

Programm

für die am Freitag den 21. October 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath **v. Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Demonstrationen.
2. Herr Prof. **Urbantschitsch**: Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

27. October 1887. Nr. 24.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 17. Juni 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. **Bamberger**.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa**.

Herr Dr. **v. Hacker** stellt eine 38jährige Frau vor, bei der von ihm im Juli 1884 wegen hochgradiger Magenbeschwerden und einer nachweisbaren Geschwulst am Pylorus die Laparotomie ausgeführt wurde. Ihr Leiden datirte sie seit 3 Jahren; es bestand anfangs in Magendrücken nach dem Essen und Appetitlosigkeit, später erbrach sie durch einige Zeit täglich bald nach der Hauptmahlzeit. Nach dem Gebrauch eines Medicamentes hörte das Erbrechen auf, das Drücken im Magen, Appetitmangel und allgemeine Schwäche blieben zurück; sie konnte nur gewisse Speisen, wie z. B. Reis vertragen, musste also sehr diät leben. 3 Monate vor ihrem Eintritt in's Krankenhaus bemerkte sie selbst eine bewegliche Geschwulst in der Magengegend, die bei Druck empfindlich war, so dass sie die Röcke nur locker binden durfte; sie magerte stark ab, hier und da hustete sie; bei Nacht traten öfters mässige Schweisse auf. Ihr Körpergewicht betrug damals 42·5 Kgr., sie sah sehr herabgekommen und abgemagert aus. Die Percussion der Lungen ergab nichts abnormes, über beiden Spitzen war verschärftes Exspirium hörbar, besonders rechts, und ausserdem über beiden Lungen diffus verbreitetes mittelblasiges Rasseln. Die Bauchdecken schlaff, die Haut stark gerunzelt. Durch eine mässige Diastase der Recti war die Untersuchung sehr erleichtert. Drei Querfinger unter dem rechten Rippenbogen, in der Mitte zwischen der Mammillar- und Parasternallinie war deutlich ein kleinapfelgrosser, aber mehr scheibenförmiger Tumor von ziemlicher Consistenz zu tasten, der auf Druck empfindlich war und nach allen Richtungen verschiebbar erschien. Der Magen war stark dilatirt,

deutliches Schwappen beim Anschlag zu hören, die grosse Curvatur reichte bis unter den Nabel herab.

Es wurde die Diagnose auf ein Carcinom des Pylorus gestellt. Herr Hofrath Billroth betraute H. mit der Ausführung der präliminirten Pylorusresection.

Bei der Laparotomie waren Herr Prof. Dittel, Herr Doc. Dr. C. Pawlik, Herr Dr. Schustler und eine Anzahl fremder Aerzte als Gäste anwesend. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erwies sich der in der angegebenen Grösse vorliegende Tumor als dem Pylorus des Magens angehörig und besonders die vordere Peripherie desselben einnehmend, aber nicht so beweglich, als es geschienen hatte. Um die Operirbarkeit des Falles zu vermitteln, durchtrennte H. das kleine Netz ober der kleinen Curvatur stumpf mit 2 anatomischen Pincetten und löste eine den Pylorus nach aufwärts ziehende feste strangförmige Adhäsion. Durch die entstandene Lücke im Netz ging er mit dem Finger ein und konnte nun ein Packet von intumescirten Drüsen tasten, das tief in die Porta hepatis ragte und ausserdem eine rosenkranzförmige Kette kleinerer Drüsen nach hinten abschickte. Es erschien demnach die Resection wenig Erfolg versprechend und da momentan keine bedeutendere Stenosenerscheinungen bestanden, auch keine Gastroenterostomie gerechtfertigt. Es wurde daher die Bauchhöhle wieder geschlossen. Der Verlauf war wie in anderen Fällen von diagnostischer Incision ein vollkommen reactionsloser. Nach der Operation hatten die Verdauungsbeschwerden nachgelassen.

Nach Heilung der Wunde reiste die Frau nach Hause. Mehr als ein Jahr nach der Operation erhielt H. auf eine Anfrage von der Patientin selbst ein Schreiben, in dem sie mittheilte, dass zwar bald nach der Operation wieder geringe Verdauungsbeschwerden auftraten, aber allmälig wieder verschwanden, so dass sie sich jetzt wohl fühle und bedeutend zugenommen habe. Im Juni 1886 kam sie nach Wien. Ihr Aussehen war gegen früher ein geradezu blühendes; unter dem rechten Rippenbogen fühlte man noch undeutlich die verkleinerte Geschwulst. Vor 5 Monaten hat sie ein gesundes kräftiges Kind zur Welt gebracht. Während der Zeit der Schwangerschaft befand sie sich vollkommen wohl und konnte alle, auch die schwersten Speisen, verdauen. Seit der Entbindung ist sie wieder etwas abgemagert, auch muss sie wieder gewisse Speisen vermeiden. Sie wiegt gegenwärtig 60 Kgr. und sieht gut aus. Von einer Geschwulst ist nichts zu tasten, nur eine grössere Resistenz ist unter dem rechten Rippenbogen bemerkbar, die auf Druck etwas empfindlich ist.

Der Fall ist in zweifacher Beziehung interessant. Erstens in Bezug auf die Natur der Geschwulst und der constatirten Drüsenintumescenzen. Dass es sich um ein Carcinom handelte, ist wohl

ausgeschlossen. Das Nächstliegende wäre die Annahme einer Narbengeschwulst durch Schwielenbildung um ein Ulcus. Am wahrscheinlichsten ist es noch, dass es sich um eine Combination eines Ulcus mit sogenannten scrophulösen Drüsen gehandelt habe. Es könnte dafür auch der Befund an den Lungenspitzen und die vorausgegangenen Lungen- und Rippenfellentzündungen geltend gemacht werden, sowie der Umstand, dass die Drüsen zu gross waren für solche, die gelegentlich bei Ulcus gefunden werden.

Zweitens, da die nach der Operation aufgetretene Besserung wohl wahrscheinlich auf die Durchtrennung des den Pylorus aufwärts fixirenden Stranges zu beziehen sein dürfte, da gewiss noch einzelne abnorme Verwachsungen des Pylorus vorhanden sind, welche, wenn der Magen gefüllt ist und namentlich, wenn im Stehen und Gehen bei dem vorhandenen Hängebauch auch alle anderen Eingeweide nach abwärts sinken, zu Zerrungen Veranlassung geben können, erklärt es sich, dass nach der Operation nicht alle Beschwerden mit einem Schlag aufhörten. Es wird durch diese Annahme auch verständlich, dass während der Schwangerschaft, wo der vergrösserte Uterus dem Herabsinken der Eingeweide entgegenwirkte, alle Magenbeschwerden vollständig verschwanden, und ist zu hoffen, dass durch eine nach Art einer Scultet'schen gefertigte passende Bauchbinde jetzt nach der Entbindung derselbe Effect erzielt werden kann.*) Diese Auffassung wird unterstützt durch die in anderen Fällen an der Klinik Billroth's gemachte Erfahrung, dass Verziehungen und Abknickungen durch Adhäsionen und Stränge allein Stenosenerscheinungen des Magens bedingen oder doch zur Steigerung einer vorhandenen Strictur beitragen können.**)

Herr Dr. Teleky richtet an den Vortragenden die Frage, ob im vorliegenden Falle das Magensecret auf freie Salzsäure geprüft wurde, eine Untersuchung, welche in neuerer Zeit als für die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und einfacher Pylorus-Strictur sehr wichtig angegeben worden ist.

Herr Dr. v. Hacker versichert, dass im allgemeinen diese Probe auf der Klinik vorgenommen wird, ohne indessen bestimmt angeben zu können, ob dies auch bei der vorgestellten Patientin der Fall gewesen.

Der Herr Vorsitzende, Hofr. v. Bamberger bemerkt, dass diese Frage jetzt in ein neues Stadium getreten ist. Die ursprüng-

---

*) Diese Hoffnung hat sich vollständig bewahrheitet, indem die Frau, seitdem sie die Binde trägt, wieder alles vertragen kann, ohne die geringsten Beschwerden zu fühlen (August 1887).

**) S. Wiener med. Wochenschrift. 1887, Nr. 37 u. 38.

*

liche Ansicht von van der Velden, dass bei Magencarcinom keine freie Salzsäure im Magensecrete vorkomme, ist unrichtig; sie ist manchmal selbst in beträchtlicher Menge vorhanden, durch die gewöhnlichen Reactionen mit Tropäolin und Methylanilin jedoch nicht nachweisbar.

Warum diese Reactionen ausbleiben, ist noch nicht aufgeklärt, aber die Gegenwart von freier Salzsäure beim Magencarcinom ist erwiesen. Auf seiner Klinik wird darauf Rücksicht genommen, und er kann sagen, dass in der Mehrzahl der Carcinomfälle diese beiden Reactionen fehlen; es sind ihm aber auch Fälle vorgekommen, wo, trotzdem die Salzsäurereactionen versagt hatten, es sich nicht um Carcinom, sondern, wie die Autopsie lehrte, um ein vernarbtes Ulcus handelte.

Herr Docent Dr. **Königstein** stellt einen Fall von Frühjahrscatarrh vor. Er demonstrirt denselben nur aus dem Grunde, weil derartige Fälle in Wien sehr selten sind und er von sehr vielen praktischen Aerzten erfahren, dass sie überhaupt noch nie einen sogenannten Frühjahrscatarrh gesehen haben. Er macht auf die charakteristischen Merkmale dieses Leidens, die drusigen, grauen, leicht durchscheinenden, soliden Erhebungen oder Wülste am Limbus, welche über den Hornhautrand hinüberragen und daselbst ein mehr oder weniger grosses Areale einnehmen, weiterhin auf die Trübung der Conjunctiva und das typisch recidivirende Auftreten im Frühjahre aufmerksam. Die Trübung der Conjunctiva spricht sich am Bulbus dadurch aus, dass die Röthe keine lebhafte, frische, sondern mehr abgedämpfte ist, an den Lidern, dass diese in schön ausgesprochenen Fällen stark weisslich, wie mit einer Lage Milch übergossen, aussieht. Die Erkrankung ist nur im jugendlichen Alter beobachtet worden.

Was die Auffassung der Krankheit als solche, die Aetiologie und die Therapie betrifft, so ist bis jetzt unter den Autoren keine Einigung erzielt worden. So zum Beispiel schreibt Saemisch, dass seine Kranken durchaus gut genährt und vollkommen gesund waren, während Michel fand, dass sie ein schlaffes, schläfriges Wesen hatten, sämmtliche Drüsen geschwellt zeigten, dass bei manchen hereditäre Syphilis vermuthet wurde, und die Erkrankung als indurirendes Lymphom auffasst. Desgleichen ist die Therapie eine verschiedene; die einen schlagen eine mehr exspectative Behandlung ein, warnen vor starken Reizmitteln, andere touchiren mit Cuprum sulfuricum oder schaben mit dem scharfen Löffel die Wucherungen aus. Schmeidler habe in einem Falle Cocaïn angewendet und ein ausgezeichnetes Resultat erzielt.

Herr Doc. Dr. **Riehl**: Ueber das acute umschriebene Oedem der Haut.

R. knüpft an die Demonstration zweier Fälle dieser Krankheit in der Sitzung vom 17. Juni Bemerkungen über die nicht blos für den Dermatologen interessante Krankheit, welche bisher in Wien noch nicht beobachtet worden war.

Das hervorragendste Symptom der von Milton Riesenurticaria, von Quinke acutes umschriebenes Oedem, von Strübing acutes angioneurotisches Oedem benannten Krankheit bildet das Entstehen von Oedem an irgend einer Stelle der Haut in ganz kurzer Zeit (1—3 Stunden). Nach 12—36 Stunden verschwindet das Oedem spurlos.

Das Oedem zeichnet sich durch das Fehlen jeglichen Entzündungssymptoms aus, erreicht Thaler- bis über Flachhandgrösse und ist meistens nicht scharf begrenzt. Die Oberfläche der Haut sieht glatt und gespannt, manchmal transparent aus, die Färbung ist entweder der normalen Hautfarbe gleich oder weisslich (porzellanartig), seltener roth.

Fingerdruck hinterlässt eine einige Zeit bleibende Vertiefung; die Consistenz mässig derb bis hart. Die subjectiven Symptome beschränken sich auf Ziehen und Spannen während des Auftauchens, seltener besteht leichtes Brennen oder Jucken.

Der Sitz der Oedeme ist variabel; am häufigsten erkranken die Extremitäten, namentlich Hände und Füsse, Lider, Lippen, Wangen, das Genitale. Auch an der Schleimhaut des Pharynx und Larynx sind ähnliche Oedeme mehrmals beobachtet worden.

Ein einmal befallenes Individuum erkrankt in der Regel öfters in gleicher Weise, so dass sich die acuten Eruptionen mit mehr minder langen freien Intervallen über Wochen, Monate und Jahre erstrecken. In einzelnen Fällen kamen im Laufe einiger Wochen zahlreiche Eruptionen vor, worauf dann monatelange Pause eintrat, nach welcher wieder eine Reihe von Eruptionen folgte.

In den demonstrirten Fällen fehlten Begleiterscheinungen. Fall I: 51jähriger Lehrer bekam die ersten Eruptionen nach heftiger Gemüthsbewegung 1874 am linken oberen Lid. Die Eruption erfolgte ohne subjective Beschwerden meistens Nachts in 1 bis 3 Stunden, das pralle Oedem hinderte das Oeffnen der Lidspalte bis gegen Mittag, Nachmittags fiel das Oedem allmälig ab und war am nächsten Morgen spurlos verschwunden. Die Anfälle wiederholten sich nach circa 14 Tagen.

1878 wurde auch das rechte obere Lid Sitz der Erkrankung und von da ab trat die Eruption abwechselnd am rechten oder linken Auge auf, selten an beiden gleichzeitig. 1882 erschien das Oedem an den Lippen und Wangen, 1885 im Larynx.

Derzeit sind die Eruptionen besonders häufig und wechseln zwischen den genannten Localisationen. Die Haut der oberen Lider

ist durch die wiederholten Dehnungen erschlafft und hängt in Form einer Falte über die Lidspalte.

Fall II: 33jähriger Locomotivführer erkrankte vor 3 Jahren angeblich nach Einwirkung von Zugluft an acuter Oedemeruption in der linken, später in der rechten Wange in 14tägigen Intervallen. Ohne besondere subjective Beschwerden wurde die Haut über den Jochbeinen und Wangen binnen wenigen Stunden prall ödematös, um nach 24 Stunden wieder ihr früheres Aussehen zu erlangen. Seit $1^1/_2$ Jahren merkt Patient, dass eine anfangs kaum merkliche, später deutliche Verdickung der Haut auch in den anfallsfreien Zeiten bestehen blieb. Um Weihnachten vorigen Jahres litt Patient dreimal an sehr heftiger acut auftretender „Angina“, welche in 2—3 Stunden ohne bekannte Veranlassung sich entwickelt hatte und heftige Schlingbeschwerden und Athemnoth verursachte. In zwei Tagen waren die Symptome vollständig verschwunden.

In beiden Fällen besteht keine Organ- oder Allgemeinerkrankung, auch während des Anfalls keine weitere Krankheitserscheinung.

In den Familien der Patienten sind ähnliche Affectionen nicht vorgekommen.

Wir müssen also diese Fälle zu den uncomplicirten zählen.

In anderen Fällen treten, vor und während der Eruption, Mattigkeit, Kopfschmerz, Uebligkeiten, Erbrechen auf (Quinke). Diese Erscheinungen können sich so sehr steigern, dass sie in den Vordergrund treten. So beschreibt Strübing Fälle, bei welchen während der Oedemeruption heftiges, oft wiederholtes Erbrechen mit Somnolenz und grosser Hinfälligkeit beobachtet wurde. Während dieses Zustandes wurde wenig concentrirter Harn (in einem Falle eiweisshältig) entleert und bestand Stuhlverstopfung.

Eine weitere wichtige Erscheinung, Erblichkeit, die bei unseren Fällen fehlt, ist öfter constatirt worden (Quinke, Strübing, Falcone). Im Ganzen ist die Literatur über diesen Gegenstand nicht reich (ausser den erwähnten noch Fälle von Dinkelacker, Laudon, Widowitz u. m. A.).

R. hat seit der Demonstration von 2 ähnlichen Fällen Nachricht bekommen (Dr. v. Hacker und Dr. Sorreys) und glaubt auch den von Drd. Gruss am 17. Juni referirten Fall in gewisser Beziehung hier anreihen zu können.

Die Diagnose ist bei längerer Beobachtung unschwer zu stellen; doch besitzen einige Erkrankungen gewisse Aehnlichkeit. Leicht auszuschliessen sind entzündliche Oedeme, wie sie recidivirend bei Anwesenheit von Rhagaden am Naseneingang oder Lippenroth vorkommen, ebenso die Schwellungen der Haut über Periostitis etc. Auch die secundären und Stauungsödeme bei Keuchhusten, Trachom etc. sind durch ihren längeren Bestand leicht zu unterscheiden.

Einige Aehnlichkeit besitzen: Hermann Ries' „persistirende Oedeme“ und Lassar's „stabiles Oedem“. Ebenso wird Myxödem durch den Verlauf auch in den früheren Stadien auszuschliessen sein.

Von acuten Processen könnten recidivirende Gesichtserysipele, Erytheme und gewisse Urticariaformen zur Verwechslung Veranlassung geben. Die Abgrenzung des acuten umschriebenen Oedems von der letzteren Erkrankung ist keine leichte. So erzeugt Urticaria acuta manchmal ganz bedeutende Oedeme an den Lidern und Scrotum. Die gleichzeitige Anwesenheit von Quaddeln am übrigen Körper und die Beobachtung des Verlaufes machen die Unterscheidung möglich.

Schwieriger dürfte die Diagnose des acuten Oedems der Schleimhäute sein (phlegmonöse Processe etc.).

Die Krankheit kommt bei kleinen Kindern und bei Greisen, bei Männern und Weibern vor.

Von der Aetiologie ist nichts bekannt. Aeussere Reize, Trauma, Hitze, Zugluft und andererseits heftige psychische Affecte werden als Ursachen angegeben.

Ueber die Entstehungsart bestehen nur Hypothesen. Quinke bezeichnet als wahrscheinliche Ursache: eine unter nervösem Einfluss stehende Aenderung der Transsudationsfähigkeit der Gefässwände, Strübing gesteigerte Erregbarkeit der Vasodilatatoren und stützt sich dabei auf Ostroumoff's Experimente.

Dass die Entstehung der Oedeme auf nervösem Wege geschieht, ist nicht zu bezweifeln, ebenso sprechen fast alle Erscheinungen für eine centrale Ursache, so die wechselnde Localisation, die mögliche Auslösung durch psychische Affecte und namentlich die gleichzeitig auftretenden Allgemeinerscheinungen und die heftigen Magen-Darmsymptome. Bezüglich der letzteren ist die Frage noch offen, ob diese durch Oedeme der Schleimhaut des Digestionstractes oder auf anderem Wege hervorgerufen werden. Beides wäre denkbar.

Die Entstehung der Oedeme auf nervösem Wege findet Analogie bei gewissen Urticariaformen, z. B. Urticaria nach Schreck oder heftiger Gemüthserregung, wie auch bei der auf reflectorischem Wege entstehenden Urticaria nach Genuss gewisser Speisen etc. Auch für gewisse Erythem- und Urticariaformen, die man den Arzneiexanthemen zuzählt, ist ähnliche Entstehung wahrscheinlich, z. B. nach Chiningenuss (Köbner). R. erinnert an die Erythem- und Urticariaformen bei Morbus Basedowii, Malaria, Asthma etc., bei welchen zuweilen auch flüchtige Oedeme beobachtet werden, an Couty's Purpurafall mit Erbrechen und Oedemen, endlich an die mit schweren Störungen der Intelligenz in Zusammenhang stehenden Hautveränderungen bei Myxödem.

Drd. **Adolf Gruss** referirt, an die Mittheilungen Dr. Riehl's anknüpfend, über einen Fall von acutem retrobulbären Oedem,

welches einen hochgradigen rechtsseitigen Exophthalmus in acutester Weise veranlasste. Nebst der natürlichen Begleiterscheinung desselben, einer heftigen durch die Zerrung der Nervenfasern verursachten Trigeminusneuralgie, bot der Fall einen ganz ungewöhnlichen Symptomencomplex cerebraler Natur dar: andauerndes cerebrales Erbrechen, Verminderung der Pulsfrequenz in schneller Folge auf 55, 45 und auf der Höhe der Erscheinungen auf 40 Schläge in der Minute, begleitet von Arhythmie und endlich einen heftigen Schwindelanfall, so dass der Schluss auf eine ernste cerebrale Erkrankung gezogen werden musste. Der ganze Symptomencomplex passte noch am ehesten in den Rahmen einer Thrombose des Sinus cavernosus, doch fehlt für die Annahme derselben jedes Substrat, da der Patient weder an einer schwächenden Krankheit gelitten, noch das Herz irgend einen objectiven pathologischen Befund darbot, noch die von Primarius Dr. Hans Adler vorgenommene Augenspiegeluntersuchung einen Anhaltspunkt für eine Sinusthrombose ergab. Allmälig schwanden zuerst die cerebralen Symptome, dann zusehends auch der Exophthalmus mit der Neuralgie und nach kaum 24 Stunden war von der ganzen turbulenten Scene nichts übrig als ein leichtes Oedem der Lider. Nach 14 Tagen hatte der Patient in Folge einer psychischen Aufregung genau denselben Anfall, nur mit etwas geringeren cerebralen Symptomen.

Herr Hofr. Prof. v. **Bamberger**, der hierauf consultirt wurde, diagnosticirte auf acutes retrobulbäres Oedem, bezeichnete den Zustand als unbedenklich und ordnete in Rücksicht auf die mässige Adipositas des Patienten eine Marienbader Trinkcur mit entsprechender Diät an. Dieselbe war von so günstigem Erfolge, dass der Patient in der Folge nur noch drei, u. zw. viel leichtere Anfälle hatte, von welchen die letzten zwei keine cerebralen Symptome mehr darboten, während sie beim vorhergehenden auf mässige Pulsverlangsamung (60) und Brechreiz beschränkt waren.

Alle Anfälle schlossen sich psychischen Aufregungen oder physischer Ueberanstrengung an. Seit dem letzten Anfalle sind bereits zwei Jahre verflossen.

Herr Hofr. Prof. **Meynert** möchte sich eine Anspielung auf einen in einem früheren Vortrage schon ausgesprochenen Gedanken erlauben. Ueber die functionellen Nervenkrankheiten herrschen zwei Meinungen: nach der einen handelt es sich um feine moleculäre Veränderungen im Nervensystem, nach der anderen um vasomotorische Störungen. Wenn Oedeme verschiedene Körpertheile plötzlich befallen, so können sie wohl auch im Gehirne auftreten und werden dann dieselben Erscheinungen wie Herderkrankungen veranlassen. Er kann zu Gunsten dieser Anschauung einen Obductionsbefund, sowie einen Fall mit klaren klinischen Erscheinungen anführen.

Eine Frau bot die ausgesprochenen Symptome einer Herderkrankung des einen Hirnschenkels dar: einseitige Oculomotoriuslähmung und Hemiplegie der gekreuzten Körperseite. Die Section wies, bei einem sonst völlig negativen Hirnbefunde, eine ödematöse Schwellung des entsprechenden Hirnschenkels nach.

Dass solche vasomotorische Störungen unter den Erscheinungen von Herderkrankungen verlaufen können, beweist folgender Fall: Eine Dame zeigte alle Herdsymptome einer basilaren Meningitis, Oculomotoriusstörungen, Aphasie, Hemiplegie im Facialisgebiete; nur die Nackenstarre und die Spannung der Bauchdecken fehlten. Ein kurz darauf eingetretener hämoptoischer Anfall liess eine Meningitis tuberculosa mit um so grösserer Wahrscheinlichkeit annehmen. Die basilare Meningitis bildet sich zunächst in der Sylvischen Grube aus, einer Stelle, wo sie bei Obductionen weniger gesucht zu werden pflegt. Dies erklärt die Aphasie, welche, mit linksseitiger Hemiplegie gepaart, schon auf basilare Meningitis hinweist. Hofr. v. Bamberger sprach sich für Hysterie aus und stellte eine günstige Prognose, was auch in Erfüllung ging. Der Zustand zog sich durch mehrere Wochen hin, wodurch schon vor dem Eintritte der Heilung ein meningitischer Process ausgeschlossen erschien.

Wie lässt sich nun eine solche Gruppirung der Erscheinungen erklären? Man muss hier wohl die besonderen Verhältnisse der basalen Hirnarterien in Betracht ziehen. Im ganzen Bereiche des Circulus arteriosus Willisii findet sich die gleiche Anordnung der arteriellen Gefässe vor, nämlich eine reichliche Abgabe von Seitenästen gleichen Kalibers, welche, wie Heubner und Duret nachgewiesen haben, Endarterien darstellen, so dass dieses ganze basale Gebiet des Gehirns gleichsam eine einzige, ausgedehnte Lamina cribrosa repräsentirt. In dieser anatomischen Thatsache liegt wohl ein günstiges Moment für das Auftreten von Oedemen bei abnormen Zuständen der Gefässe dieses Gebietes, welche dieselben Erscheinungen wie eine daselbst localisirte Herderkrankung hervorrufen müssen, so dass dies Trugbild der basilaren Meningitis durch eine reine vasomotorische Störung erklärt werden kann. Es lässt sich demnach nicht bestreiten, dass, insoferne solche Oedeme im Gehirne auftreten, dieselben eine Summe von Erscheinungen veranlassen müssen, welche sonst nur bei Herderkrankungen in den betreffenden Gebieten zu Stande kommen.

Herr Hofr. v. Bamberger muss diese Anschauung als eine sehr fruchtbringende anerkennen, indem viele hysterische Erscheinungen, welche sich sonst durch nichts erklären lassen, durch deren Zurückführung auf vasomotorische Störungen im Centralnervensysteme eine befriedigende Erklärung erfahren würden.

Herr Doc. Dr. **Königstein** bespricht die Therapie des acuten, umschriebenen Oedems. Er hatte einen Patienten durch längere Zeit in Behandlung und machte viele fruchtlose therapeutische Versuche. Druckverbände und Massage schienen wohl etwas zu nützen, aber das Oedem stellte sich bald wieder ein.

Herr Doc. Dr. **Vajda** hält seinen angekündigten Vortrag: „Beiträge zur Anatomie des männlichen Urogenitalapparates."

Der Vortragende gedenkt vorerst im Allgemeinen der Hindernisse, welche sich der Vervollständigung der Symptomatologie und Therapie der Harngeschlechtsorgan-, beziehungsweise Harnröhrenkrankheiten entgegenstellen, und dann bezeichnet er als eine der Hauptschwierigkeiten den Umstand, dass die physiologisch-anatomischen Fragen nach der Existenz und Lage von Papillen der Qualität, Quantität und Localisation der Schleimdrüsen, der Beschaffenheit des Epithelüberzuges und der Faltungsweise der Schleimhaut, für den grössten Theil der männlichen Harnröhre noch unentschieden sind.

Von der Lösung der ersten dieser Fragen ist die Feststellung der pathologischen Dignität der wiederholt beschriebenen unebenen warzigen Beschaffenheit der Mucosa bei gewissen Harnröhrenkrankheiten abhängig.

Zum richtigen Verständnisse bestimmter, insbesondere auf der Epithelfläche sich ausbreitender Krankheitsvorgänge ist die genaue Kenntniss dieser Fläche einschliesslich deren Hohlgebilde, Drüsen etc. unerlässlich.

Nicht anders verhält es sich mit der Form des Epithels und der Faltungsweise der Urethralschleimhaut, wenn dieselben in der Symptomatologie verwendet werden sollen.

Betreffs der ersten dieser Fragen weist Vortragender durch Citate die Divergenz nach, welche besteht zwischen den Angaben von Jarjavay, Burckhardt, Luschka, Klein, Henle, Cadiat et Robin etc.

Die eigenen Untersuchungen lehrten ihn, dass die Papillen über die von der Mehrzahl der Autoren angenommenen Grenzen reichen, er fand sie nämlich bis kurz vor der Pars bulb. Ausserdem konnten solche, mindestens rudimentär, vor dem Collic. semin. nachgewiesen werden. Diese Schleimhautwärzchen sind bald von kegeliger, bald von cylindrischer Form, bald kolbenartig aufgetrieben, ohne Memb. propia aber beinahe immer nachweislich mit einer Gefässschlinge ausgestattet; vor der Pars bulb. nur mehr schütter gesäet.

Uebergehend auf die Epithelien hebt er vor Allem hervor, dass eine Congruenz der Gebiete von Papillen und Pflasterepithel, wie sie von Vielen angenommen wird, von ebenso vielen Anderen

geleugnet oder ignorirt wird, zu der Classe der letzteren gehören Cadiat et Robin, Burckhardt, Klein etc.

Das Verhalten des Epithels in der Ur. virili ist nach ihm zweierlei:

1. Rascher Ersatz des Pflasterepithels durch Cylinderepithel, welcher im ersten Centimeter der Harnröhre nur auf die Seitenfläche der Urethra beschränkt ist und im dritten Centimeter schon allgemein wird; die Faltentiefen zeigen aber auch hier, sowie bei der nächstfolgenden Variante ein sogenanntes prismatisches Epithel.

Das einmal ausgesprochene Cylinderepithel bleibt cylindrisch bis zum Blasenostium.

2. Das Epithel bleibt pflasterförmig bis zu Ende der Urethra mit Ausnahme der Faltentiefen, welche auch hier prismatisches Epithel bergen.

Von den drüsenartigen Gebilden der Urethralschleimhaut erwähnt er zuerst der „Lacunae Morgagni der Morgagni'schen Drüsen" und weist an der Hand geschichtlicher Daten nach, dass Morgagni unter Lacunis weder physiologische noch pathologische (wie z. B. Hyrtl) Vertiefungen, Grübchen in der Mucosa, sondern in der Richtung derselben, oberflächlich verlaufende Gänge verstanden, zu deren bekanntem Charakteristikon der Vortragende noch das Vorkommen von cylindrischem, beziehungsweise prismatischem Epithel — beim Pflasterepithel der darüber liegenden Urethrawand — hinzufügt, also eine Bestätigung der auf die weibliche Urethra bezüglichen Belfield'schen Angabe liefert, im Uebrigen die literarischen Angaben bestätigt.

Die Littre'schen Drüsen der männlichen Harnröhre existiren nach ihm — sofern man sich stricte an die Beschreibung Littre's selbst hält — so gut wie gar nicht.

Er zieht daher vor, die Schleimdrüsen der Urethra ohne Bezugnahme auf Littre in einfache und zusammengesetzte zu theilen, deren er in der P. cav., zumeist in 2—4 Längsreihen angeordnet, bis 87 zählt und ihr Ensemble durch mehrere, auf eine eigene Art hergestellte Contourzeichnungen, Copien auf Glas, illustrirt.

Auf Grund seiner auf den mikroskopischen Bau der Drüsen bezüglichen Bilder, worin die secernirenden Schläuche über die Endbläschen prävaliren, glaubt er schon dem alten Principe „de potiori fiat denominatio" zuliebe, dieselben als tubulöse Drüsen ansprechen zu sollen.

Schliesslich sprach er noch einige Worte über den Einfluss dieser Drüsen auf die Configuration der Röhre in toto, welche er sowie die Prostatadrüsen in Durchschnittsbildern, beziehungsweise Contourzeichnungen vorführt.

Endlich berührt Dr. Vajda noch die Frage der Tysonschen Drüsen, richtiger der angeblich Smegma secernirenden Drüsen, deren Sitz Tyson an die Commissurstelle zwischen Präputium und Penis, Littre, der auch die Ehre der Entdeckung dieser Drüsen für sich in Anspruch nehmen wollte, in oder auf die Eichelkrone verlegte.

Heute ist nunmehr selbst deren einfache Existenz strittig. Vor Kurzem hat man sie noch für eine epitheliale Drüse ohne Ausführungsgang erklärt (z. B. Borgonzini).

Weder in Sulc. retrogland., noch an der Eichelkrone konnte der Vortragende je etwas talgdrüsenartiges nachweisen. Soll der Name Tyson'sche Drüse der Nomenclatur erhalten bleiben, so kann man damit höchstens die sehr oft vorkommenden Blindsäcke — einfache Ausbuchtungen des Epithelüberzuges in Sinus frenuli utroque bezeichnen.

Zu allerletzt dankt er Herren Hofrath v. Brücke, Prof. Kundrat und Weichselbaum für die ihm gewährte Unterstützung.

Wien, am 21. October 1887.

Der Vorsitzende: Dr. Bamberger.

Während der Ferialmonate sind für die Bibliothek nachstehende Spenden eingelaufen:

Anleitung zum Desinfectionsverfahren, erlassen vom k. k. Ministerium des Innern. 1887.

Mosetig v. Morhof Prof. Vorlesungen über Kriegschirurgie. Wien 1887.

Winternitz Prof. Dr. W. Zur Pathologie und Hydrotherapie der Lungenphthise. Wien 1887.

Chiari Doc. Dr. O. Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten. Leipzig 1877.

Fridinger Dr. C. Denkschrift über die Wiener Gebär- und Findelanstalt. Wien 1887.

Chyzer Dr. Kornel. Die namhaften Curorte und Heilquellen Ungarns. Stuttgart 1887.

Höffinger Dr. C. Gries-Bozen. Innsbruck 1887.

Rokitansky Prof. Dr. C. von. Zur Casuistik der grossen Fibromyome des Collum uteri. (Sep.-Abdr.) Wien 1887.

Rabl Dr. J. Ueber Lues congenita tarda. Leipzig 1887.

Drasche Prof. Ueber die Wirkung des Strophanthin auf das Herz. S.-A. Wien 1887.

— Ueber die Infectionsfähigkeit der Hadern. S.-A. Wien 1887.



Pins Dr. E. Ueber die Wirkung des Strophanthussarcom. S.-A. Berlin 1887.
— Beitrag zur Aetiologie der Mittelohraffectionen im Kindesalter. S.-A. Leipzig 1887.
— Neuer Beitrag zur Frage von der Schulbank. S.-A. Wien 1887.
Schreiber Dr. J. Die mechanische Behandlung der Lumbago. (Wiener Klinik.) 1887.
Kisch Prof. Dr. Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Lehre von der Entstehung des Geschlechtes. (Wiener Klinik.) 1887.
Szénaszy Dr. A. Klinische Diagnostik der Pseudoplasmen. (Wr. Klinik.) 1887.
Uffelmann Prof. Ueber die Temperatur unserer Speisen und Getränke. (Wiener Klinik.) 1887.
Stiller Dr. B. Praktische Bemerkungen über Herzkrankheiten. (Wiener Klinik.) 1887.
Zeissl Dr. M. v. Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie. (Klin. Z. u. Streitfr.) Wien 1887.
Pfungen Dr. R. Frtz. v. Ueber Atonie des Magens. 1. Theil. (Klin. Z. u. Streitfr.) Wien 1887.
Jahresbericht des Wiener Stadtphysikates für 1885 u. 1886, erst. v. Dr. Kammerer, Dr. Schmid und Dr. Löffler. Wien 1887.
Aerztl. Bericht des Krankenhauses Sechshaus für das Jahr 1886. Wien 1887.
Jahresber. des St. Josef-Kinderspitals für das Jahr 1886. Wien 1887.
Jahresber. des Leopoldstädter Kinderspitales für das Jahr 1886. Wien 1887.
Die feierliche Sitzung der k. Akademie der Wissenschaften. Wien 1887.
Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft. Dienstesvorschriften. 4. Aufl. Wien 1887.
Der fünfzehnte schlesische Bädertag. Reinerz 1887.
Helmholtz H. v. Handbuch der physiol. Optik. 4. Lief. Hamburg 1887.
Grüenhagen A. Lehrbuch der Physiologie. 13. Lief. (Schluss.) Hamburg 1887.
Esmarch Prof. F. Die Krankheiten des Mastdarms und Afters. (Deutsche Chirurgie.) Stuttgart 1887.
Kocher Prof. Th. Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. (Deutsche Chirurgie.) Stuttgart 1887.
Krische Dr. A. Compendium der allgemeinen Chirurgie, sowie der Operationslehre. Leipzig 1887.



Guder Dr. Paul. Compendium der gerichtl. Medicin. Leipzig 1887.
Aufrecht Dr. Die Lungenschwindsucht. Magdeburg 1887.
Wehberg Dr. H. Wider den Missbrauch des Alkohols. Berlin 1887.
Köbner Ph. Mycosis fungoides (Alibert). Berlin 1886. (Separatabdruck. Berlin 1887.)
— Histologisches und Bacteriologisches über Micosis fungoides (Alibert). Berlin 1886.
Ploss Dr. H. Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. 2. Aufl. 6. u. 7. Heft. Leipzig 1887.
Flemmich Carl. Die Kuhpockenimpfung und die Nutzlosigkeit und Schädlichkeit derselben. Brünn 1887.
Meyer Ernst v. Journal f. praktische Chemie. Leipzig 1887.
Zässlein Dr. T. Biologia del Bacillo virgola.
Ruprecht G. Bibliotheca Medico-chirurgica. Göttingen 1887.
— Bibliotheca medico-chirurgica. Jänner-März 1887.
Assaky G. Archives Roumaines de Médecine et de Chirurgie. Paris 1887.
Revue internationale des Falsifications des Denrées Alimentaires. Amsterdam 1887.
The World's Medical Review. Juni und August 1887.
First Report of Dr. John Fr. Churchill's free Stoechiological Dispensary for Consumption. London 1886.
Clark Bell. Seventh Inaugural-Address. New-York. 1887.
Clark Bell. Insanity and the Care of the Insane. New-York 1887.
Aitken Dr. Will. On the animal Alkaloids. London 1887.
Donders & Engelmann. Onderzoikingen. Utrecht 1887.
Annual Report of the roy. Edinburgh Asylum for the insane for the year 1887.
Annual Report of the Alumn association for the year 1886—1887.
Mémoires couronnés. Tome VIII. Bruxelles 1887.
Annual Report of the Smithsonian Institution for the year 1884. Washington 1885.
Bidrag till Sveriges officielle Statistik. Stockholm 1887.
Oversig over Syndssy yeasylerners Virksomheed Aaret 1886. Christiania 1887.

Dr. Hajek, derzeit Bibliothekar.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 21. October 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Der Vorsitzende begrüsst die Versammlung und gibt Mittheilung von dem Verluste, den die Gesellschaft durch das Ableben der zwei Ehrenmitglieder Reg.-Rath Dr. Carl Haller, emer. Primarius und Hofrath Prof. v. Schroff, sowie von 3 ordentlichen Mitgliedern, Dr. Franz Polansky, Dr. C. Pritzl und Dr. Israel Schwarz erlitten hat.

Die Versammlung ehrt das Andenken der Dahingeschiedenen durch Erheben von den Sitzen. Weiters theilt der Vorsitzende mit, dass der Gesellschaft ein Legat im Betrage von circa 768 Pfund Sterling aus dem Nachlasse des in Lissabon vor einigen Jahren verstorbenen Dr. Pedro Francisco da Costa Alvarenga zugefallen sei und fordert die Gesellschaft auf, das Andenken des Erblassers durch Erheben von den Sitzen zu ehren. Geschieht.

Herr Prof. Dr. **Urbantschitsch** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen."

An der Discussion hierüber betheiligen sich die Herren Prof. Rosenthal, Exner, Benedict, Doc. Dr. Freud, Hofr. Meynert.



Programm

für die am Freitag den 28. October 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Toldt** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **Neumann**: Ueber Myositis syphilitica mit Demonstrationen.
2. Herr Prof. Sig. **Exner**: Die Beziehungen des Nervus facialis zur Gehirnrinde.

Einen Vortrag hat angemeldet: Herr Dr. M. Hajek.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

3. November 1887. Nr. 25.

Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 21. October 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Prof. Dr. **Urbantschitsch** hält seinen angekündigten Vortrag „Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen".

U. hatte es sich zur Aufgabe gestellt, eine bisher nicht aufgeklärte Erscheinung, die sogenannten Doppelempfindungen, eingehender zu untersuchen, nämlich die zuerst von Nussbaumer, später von Bleuler und Lehmann u. A. geschilderten subjectiven Farbenphänomene bei Gehörs-, Geschmacks-, Geruchs- und Tastsinnerregungen. U. warf sich zunächst die Frage auf, ob zwischen den verschiedenen Sinnesempfindungen Wechselwirkungen nachweisbar seien. Diesbezügliche Untersuchungen ergaben Folgendes: Gehörserregungen beeinflussen die Sehempfindungen und rufen häufig eine Steigerung des Farbensinnes und der Sehschärfe hervor, zuweilen eine rasch vorübergehende Veränderung des Sehvermögens. Derartig zu Stande kommende Intensitätsschwankungen der Farbenempfindungen geben sich manchmal für eine bestimmte Farbe besonders auffallend zu erkennen. Aehnliche Erscheinungen finden sich bei den Geschmacksempfindungen vor, wobei bald durch hohe, bald durch tiefe Töne, in einzelnen Fällen sämmtliche Geschmacksarten, in anderen Fällen nur eine bestimmte Geschmacksempfindung, eine Steigerung, beziehungsweise eine Abschwächung erleiden. Geruchsempfindungen verhalten sich in ähnlicher Weise. Die Tastempfindungen erfahren durch eine Gehörserregung gewöhnlich eine Verminderung; auf sensitive Nerven wirkt dagegen ein Schalleinfluss manchmal auffallend erregend ein.

S e h e m p f i n d u n g e n bedingen je nach der Art ihrer Einwirkung bald eine Steigerung, bald eine Verminderung der Intensität der Hörempfindungen. Das Uhrticken wird bei geschlossenen Augen, mit seltenen Ausnahmen, schwächer gehört als bei offenen Augen; von grossem Einflusse sind ferner die verschiedenen Farbenempfindungen für die Hörschärfe; häufig wird diese durch Roth und Grün gesteigert, durch Blau und Gelb herabgesetzt, doch können in einzelnen Fällen sämmtliche Farben einen übereinstimmenden Einfluss auf die Hörschärfe nehmen oder wieder ein andermal nur eine bestimmte Farbe. Auffälliger tritt der Farbeneinfluss für musikalische Töne auf und betrifft deren subjective Veränderung bezüglich der Tonhöhe und Tonstärke; ausserdem erfolgt dabei noch eine Verschiebung des subjectiven Hörfeldes, nämlich der jedem Ohre zukommenden subjectiven Localisation im Kopfe, beziehungsweise im Ohre. Subjective Gehörsempfindungen erleiden durch Licht- und Farbenempfindungen ebenfalls eine Veränderung, und zwar gewöhnlich eine Steigerung durch Licht, durch Roth und Grün, eine Abschwächung durch Dunkel, Blau und Gelb; individuelle Wirkung einer bestimmten Farbe macht sich auch hierbei nicht selten geltend. Bei gleichzeitigem Vorhandensein mehrerer Arten von subjectiven Gehörsempfindungen wirken gewisse Farben zuweilen nur auf eine bestimmte Art der Ohrgeräusche ein; die Wirkung zeigt sich ferner oft verschieden, je nachdem die Farbenempfindung am rechten oder linken Auge stattfindet. Geschmacksempfindungen werden durch Licht- und Farbeneinflüsse, theils erregt (besonders durch Licht, Roth, Grün), theils herabgesetzt (häufig durch Abdunklung, Blau, Gelb); einzelne Geschmacksarten weisen nicht selten ein eigenes Verhalten auf.

Aehnliche Beobachtungen ergaben die Prüfungen auf Geruchs-, Tast- und Temperaturempfindungen.

Der Vortragende führt weiters eine Reihe von Beobachtungen an, die er betreffs des Einflusses von G e s c h m a c k s-, G e r u c h s-, T a s t- und T e m p e r a t u r e m p f i n d u n g e n auf die übrigen Sinnesempfindungen angestellt hat und die im Grossen und Ganzen, abgesehen von einzelnen, bei dem einen oder dem anderen Sinne nachweisbaren Eigenthümlichkeiten dasselbe Resultat ergaben wie die Prüfungen der Hör- und Sehempfindungen.

Aus allen dem ist deutlich zu erkennen, dass zwischen sämmtlichen Sinnesempfindungen physiologische Wechselwirkungen bestehen, indem jede Sinneserregung die Empfindungen in den übrigen Sinnesgebieten beeinflusst. Somit erscheinen auch die eingangs erwähnten Doppelempfindungen der Deutung zugänglicher, da ja eine Beeinflussung des einen Sinnes durch den anderen ein physiologischer Vorgang ist. Immerhin bestand zwischen den von U. angestellten Beobachtungen und den sogenannten Doppelempfindungen noch der

wesentliche Unterschied, dass sich die Beobachtungen von **Nussbaumer** u. A. auf das Auftreten rein subjectiver Farbenempfindungen infolge von Erregung anderer Sinnesgebiete bezogen, indes die Untersuchungen von U. den Einfluss einer Sinneserregung auf die Empfindung für vorhandene Sinnesobjecte nachweisen. Durch ein einfaches Verfahren vermochte U. den Nachweis zu liefern, dass von den verschiedenen Sinnesgebieten aus subjective Farbenempfindungen leicht auszulösen sind und sich als rein physiologisches Phänomen zu erkennen geben. Blickt nämlich die Versuchsperson, im Momente einer Gehörserregung, auf eine weisse Fläche, z. B. auf einen Bogen weissen Papiers, so erscheinen daselbst verschieden gefärbte Flecken und Streifen, meistens in rascher Bewegung; zuweilen erscheint eine grössere Fläche des Papiers in einer bestimmten Farbe. Die häufigst vorkommenden Farben sind Gelb, Rosa und Roth, welche jedoch bei genauerer Aufmerksamkeit eigentlich nur als stärkeres Hervortreten der einen oder der anderen Farbe aus den gleichzeitig vorhandenen sämmtlichen Spectralfarben erkannt werden. An anderen Versuchspersonen, darunter an U., treten die Spectralfarben regenbogenartig, gleichzeitig und in gleicher Intensität auf; übrigens bestehen dabei nicht nur individuelle Unterschiede, sondern an demselben Individuum ist das Verhalten der subjectiven Farbenerscheinungen zu verschiedenen Zeiten ein wechselndes; es besteht ferner zuweilen ein grosser Unterschied in der Farbe und Stärke dieses Phänomens, je nachdem die Gehörserregung am rechten oder am linken Ohre oder binotisch stattfindet. Ganz ähnlich treten diese Photismen bei Geruchs-, Tast- und besonders bei Geschmacksempfindungen auf.

Mit dem Nachweise physiologisch auftretender Photismen ist die Erklärung der Doppelempfindungen von selbst gegeben. Nach der Ansicht des Vortragenden beruhen die Doppelempfindungen auf physiologischer Basis und die auffallende Erscheinung bei denselben liegt nicht in der Doppelempfindung selbst, sondern in dem starken Hervortreten einer besonderen Farbe, während unter gewöhnlichen Umständen die durch die Gehörs-, Geruchs-, Geschmacks- und Tastempfindungen hervorgerufenen subjectiven Farbenempfindungen, die zumeist sämmtliche Spectralfarben betreffen, gewöhnlich so schwach auftreten, dass sie der Wahrnehmung entgehen und nur bei besonderer Versuchsanordnung bemerkbar werden.

Discussion: Herr Prof. **Rosenthal** erwähnt, dass es Fälle centraler Reizung gibt, bei welchen die Erregung der verschiedenen Sinnesbezirke beeinflusst wird. R. theilt zwei solche Fälle mit und fügt hinzu, dass man eine ähnliche Beeinflussung der Sinnesorgane durch centrale Reizung auch bei Migräne sehe.

Herr Prof. **Exner** weist darauf hin, dass es Thatsachen der Anatomie und Physiologie gibt, welche ein gewisses Licht auf die vom Vortragenden mitgetheilten Erscheinungen werfen.

Die Anatomie des Centralnervensystems erscheint in gewissem Sinne sehr einfach; es hängt alles mit allem zusammen. Es kann daher nicht Wunder nehmen, dass Wechselwirkungen gewisser Centralorgane aufeinander stattfinden.

E. erinnert an den Frosch, der mit Strychnin vergiftet ist. Im richtigen Stadium kann man von jeder Hautstelle aus einen Krampf sämmtlicher Muskeln auslösen.

Redner verweist ferner auf die Reflexhemmungen. Wenn man das Centralnervensystem eines Kaninchens an richtiger Stelle durchschneidet, macht das Thier regelrechte Laufbewegungen. Diese Galoppbewegungen hören momentan auf, wenn man irgend eine Stelle der Haut kneipt.

Es gibt aber auch das Gegentheil von Reflexhemmungen. Wenn man bei einem Kaninchen die rechte Pfote durch einen starken elektrischen Schlag reizt, macht die linke Pfote eine Reflexzuckung. Es ist also ein Centralorgan im Rückenmark bei dieser Uebertragung betheiligt. Wenn man gewisse Stellen der Hirnrinde durch einen Schlag reizt, so wird diese Erregbarkeit des Reflexcentrums gesteigert. Es kann also die Erregbarkeit gewisser Bahnen im Centralorgane dadurch erhöht werden, dass gewisse andere Bahnen, die mit den ersteren unmittelbar nicht im Zusammenhang stehen, erregt werden.

Dies scheint auch in Bezug auf die Versuche von Urbantschitsch von Wichtigkeit zu sein. Es kann die Erregbarkeit des Acusticuscentrums durch Erregung des Opticuscentrums geändert werden u. s. w.

Herr Prof. **Benedikt** bemerkt in Bezug auf die Versuche Urbantschitsch's mit Musikern, welche ergaben, dass unter dem Einflusse anderer Sinnesempfindungen (Farben) eine Veränderung der Tonempfindung auftrat, dass es scheinen könnte, als ob die Wellenlänge eines Tones geändert wurde. Das wäre im Widerspruch mit einem physikalischen Axiom, dass die Wellenlänge unveränderlich bleibe. Die Differenzen der Tonempfindung beruhen aber gewiss nur auf Aufhellung oder Unterdrückung von Obertönen.

Herr Doc. Dr. **Freud** macht auf das bei Tabetikern vorkommende Rhomberg'sche Symptom aufmerksam. Der Tabetiker schwankt und fällt um, wenn er die Augen schliesst und der Opticusreiz wegfällt. Andererseits genügt die Erregung des Opticus, um die Thätigkeit des in seiner Function geschwächten Centralnervensystems zu erhalten.

Herr Hofr. **Meynert** bemerkt, dass bezüglich der Sinnesoberfläche eine zweifache Anschauung bestehe, je nachdem eine gesonderte oder eine diffusere Projection der Sinnesnerven in der Hirnrinde angenommen würde. Die anatomischen Verbindungen

scheinen darauf hinzudeuten, dass in denselben Lappen verschiedene Qualitäten von Sinneseindrücken hineingehen. Würden verschiedene Sinnesqualitäten so projicirt, dass ihre Felder sich einander decken, so würden wir gut verstehen können, dass diese Phänomene der Mitempfindung durch Irradiation der Erregung auftreten.

Es würde zu kühn sein, daraus abzuleiten, dass diese Irradiationserscheinungen, welche die Mitempfindungen erklären würden, in der Rinde stattfinden.

Nur so viel kann man sagen, alle Sinnesnerven müssen durch ein Organ, in welchem sie confluiren, hindurchgehen.

Wien, am 28. October 1887.

Der Vorsitzende: Prof. C. Toldt.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 28. October 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **C. Toldt.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa.**

Herr Hofr. Prof. **Breisky** stellt eine Frau vor, an welcher er den „conservativen Kaiserschnitt“ vorgenommen hat.

Herr Prof. **Neumann** hält den angekündigten Vortrag: „Ueber Myositis syphilitica.“

Herr Prof. **Exner** hält seinen angekündigten Vortrag: „Die Beziehungen des Nervus facialis zur Gehirnrinde.“



Programm

für die am Freitag den 4. November 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofr. **v. Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Prof. **Hofmokl**: Chirurgische Mittheilungen mit Demonstrationen.
2. Herr Dr. **M. Hajek**: Ueber Ozaena.

Einen Vortrag hat angemeldet: Herr Dr. Kolischer.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

10. November 1887. Nr. 26.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.



Protokoll der Sitzung vom 28. October 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **C. Toldt**.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa**.

Herr Hofr. Prof. **Breisky** stellt eine 18jährige Frauensperson vor, an welcher er die Sectio caesarea ausgeführt hat. Im frühesten Kindesalter bestand bei derselben Rachitis, deren Spuren sich noch jetzt an einzelnen Skelettheilen (Rippen, Becken) nachweisen lassen. Als Kind litt sie ausserdem an einer schweren linksseitigen Coxitis, welche eine coxitische Luxation mit Pfannenwanderung nach rück- und aufwärts, Verkümmerung des Oberschenkelkopfes und hochgradige Atrophie der Extremität der kranken Seite zur Folge hatte. Dadurch kam eine schräge Verschiebung des Beckens mit Atrophie und vorwaltender Verengerung der linken Beckenhälfte zu Stande.

Patientin wurde im 9. Monate der Schwangerschaft aufgenommen. Die Beckenverengerung war keine absolute, d. h. nicht in dem Sinne, dass die Beförderung eines frühzeitigen lebenden Fötus von vorne herein als undenkbar erschienen wäre. Es bestand demnach keine absolute Indication für den Kaiserschnitt, sondern blos eine relative. Dem entsprechend liess B. durch Einführung einer Bougie die künstliche Frühgeburt einleiten. Die Eröffnung erfolgte zwar regelmässig, der Kopf blieb jedoch hoch über der linken Beckenhälfte stehen; es trat Dehnung des Collum ein, und Patientin fing zu fiebern an. Nun musste sich die Ueberzeugung aufdrängen, dass die Ausnützung des gegebenen Raumes keine Aussicht auf die Entwicklung eines lebenden Kindes gewähre, und es blieb nur die Wahl zwischen Perforation und Kaiserschnitt. B. entschied sich für den conservativen Kaiserschnitt in Anbetracht der ungemein günstigen Erfolge, welche dieses Verfahren nach den neuesten Mittheilungen von der Leipziger und Dresdener Klinik

aufzuweisen hat. Denn von 14 operirten Fällen rettete Leopold sämmtliche Kinder und 13mal auch die Mutter, während Sänger 7 Fälle, und zwar alle mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind operirt hat.

Am 7. October Abends, als die Eröffnungsperiode im Gange war, wurde die Sectio caesarea unter den strengsten antiseptischen Vorkehrungen gemacht. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle durch einen ausgiebigen Schnitt wurde der Uterus hervorgewälzt und mit einer provisorischen Gummiligatur erst nur lose umgeben. Dann wurde die Ligatur fest angezogen und der Uterusschnitt hoch oben im Fundus beginnend und nicht über den Isthmus herabreichend angelegt. Derselbe fiel grösstentheils in die Placentarinsertion, die Blutung war aber trotzdem eine recht unbedeutende. Nach Sprengung der Blase wurde ein lebendes Kind von 49 Cm. Körperlänge und 2550 Grm. Körpergewicht entwickelt, welches sich von seinem etwas asphyctischen Zustande bald erholte und nach einem 12tägigen Verbleiben in der Findelanstalt, wo es ganz gut gedieh, der Privatpflege übergeben wurde.

Bei noch immer constringirtem Uterus wurden die Eihüllen und die Placenta losgelöst, die ganze Decidua mit 5% Carbollösung abgetupft und dann mit Jodoformpulver eingerieben. Die Uteruswunde wurde mit 6, die ganze Wanddicke mit Ausschluss der Decidua einnehmenden Silbersuturen verschlossen, und die Serosa sodann mit feinen Seidennähten vereinigt. Der völlig atonische Zustand des constringirten Uterus, welchen neuerlich Hofmeier hervorgehoben hat, machte bald nach der Entfernung der elastischen Ligatur einem guten Tonus Platz. Eine geringe Blutung, die sich dabei einstellte, kam rasch zum Stillstande. Der Verschluss der Bauchwunde beendigte die Operation.

Die Heilung ging nicht ganz ohne Störung vor sich. In den ersten 8 Tagen stellten sich vorübergehend übernormale Temperaturen (einmal sogar 39·5°) ein. Abgesehen davon, waren aber die allgemeinen Erscheinungen nicht ungünstig, das subjective Befinden ein gutes. Am 10. Tage wurden sämmtliche Nähte entfernt. Die Heilung war nicht überall per primam erfolgt; es trat hier und da oberflächlich Eiterung ein, in der Tiefe war aber der Verschluss überall ein vollständiger. Der Schnitt durch die Bauchdecken war nämlich in Folge der Beckenverschiebung von der Medianlinie etwas abgewichen und in den Rectus gerathen; die mit der Muskelläsion verbundene Hämorrhagie mag wohl das partielle Ausbleiben der prima intentio verschuldet haben.

Die Frage nach der relativen Indication des conservativen Kaiserschnittes bezeichnet B. als eine sehr heikle, deren Lösung keineswegs durch doctrinäre Formulirung zu gewinnen ist. Nichts sei schwieriger, als vorauszusagen, wie sich im concreten Falle der

Geburtsverlauf gestalten wird. Schon die Messung des Beckens unterliegt manchen Fehlerquellen und kann überhaupt auf mathematische Genauigkeit keinen Anspruch erheben. Dazu kommen noch zwei Momente, welche unserer Beurtheilung noch mehr entrückt sind, nämlich die Grösse des kindlichen Kopfes und die Art und Weise seiner Einstellung in den gegebenen Raum, welche wiederum mit der Wehenthätigkeit eng verknüpft ist. Erst die genaue Erwägung all dieser Factoren lässt in jedem speciellen Falle die besondere Indication aufstellen.

Herr Prof. **Neumann** hält seinen angekündigten Vortrag über Myositis syphilitica.

Wenn selbst die syphilitisch erkrankte Rectalschleimhaut bereits verheilt ist, so dass kein klinisches Symptom mehr zu entdecken ist, können intensive Schmerzen in der Aftergegend auftreten, die in der heftigen Contraction des Sphincter ani externus (Tenesmus) bestehen.

Dass sich Fissuren an der durch die Art der Ausbreitung des Sphincter ani externus strahlenförmig gestalteten Afterschleimhaut bei der Action dieses Muskels bilden, wenn diese durch Zelleninfiltration ihres lockeren submucösen Gewebes ihre Dehnbarkeit verloren hat, dass diese Fissuren nicht selten tief gehen und auch auf das Rectum übergreifen, wird anatomisch seine Erklärung leicht finden. Der Fortbestand der quälenden Schmerzen jedoch, selbst nach totaler Ueberhäutung der Fissuren oder in Fällen, in denen gar keine Fissuren vorhanden waren, lenkt das Augenmerk auf ein anderes Gewebe, zumal auf die Musculatur. Schon die Thatsache, dass gummöse Entartung des Rectum unwillkürlich Stuhlentleerungen im Gefolge hat, was durch die durch Infiltration herbeigeführte Degeneration und folgegemäss den Functionsverlust erklärt werden kann, würde auch in acuten Fällen unsere Aufmerksamkeit auf die Musculatur lenken.

Nachdem der Vortragende die Untersuchungen anderer Autoren (E. Wagner, Rokitansky, Virchow, Ziegler, Tshainsky und Spina u. A.) vorausgeschickt und die Muskeln aufgezählt, deren Erkrankung bereits bekannt ist, und seine eigenen Beobachtungen am Extensor carpi radialis, digitorum communis, am temporalis und cucularis erwähnt, theilt derselbe als Resultat seiner Untersuchungen folgenden Befund mit.

Es sind bei der Myositis syphilitica vorwiegend die Blutgefässe des Perimysium, welches die Muskelbündel und Muskelfasern umgibt, von denen aus die Infiltration ihren Anfang nimmt. Im Perimysium selbst, gleichwie zwischen den einzelnen Muskelfasern, zeigen sich vielfach geschlängelte, reich mit Blut gefüllte und von Granulationszellen umgebene Gefässe, das Bindegewebe selbst vielfach proliferirend. Auch die der Innenfläche des Sarcolemms anliegenden

Kerne der Muskelfasern proliferiren, was man an der perlschnurartigen Anordnung von je 5—12 dicht aneinanderliegenden Kernen deutlich erkennen kann. Bei leichten Muskelentzündungen kann nach Recklinghausen eine solche Vermehrung der Muskelkerne persistiren.

In einem späteren Stadium häufen sich im interstitiellen Bindegewebe die Granulationszellen, während die Muskelsubstanz immer mehr schwindet und schliesslich, wenn der Process abgelaufen ist, durchaus durch junges Bindegewebe ersetzt ist. Eine solche Kernwucherung haben auch Erb, Hay, Heidelberg und Kraske bei in Folge von Nervendurchtrennung gelähmten Muskeln an Kaninchen und Meerschweinchen beobachtet. Die Sarcolemmahülle der Muskelfaser war hier mit Zellen vollgepfropft.

In drei Fällen, bei denen N. wegen continuirlichen Schmerzen die Sphincterotomie durch seinen Assistenten Dr. Ehrmann vornehmen liess, konnte der genannte Befund constatirt werden.

Der Vortragende gibt sodann in kurzen Zügen die Casuistik von 5 Fällen, in denen die Affection des Sphincter ani externus beobachtet wurde, und gelangt zum Schluss, dass dieser Muskel häufiger an Syphilis erkranke als die übrigen, dass dessen Erkrankung nicht nur von andauernden Schmerzen (Tenesmus), sondern auch von Functionsstörungen begleitet ist. Innerhalb 6 Jahre wurde auf Neumann's Klinik die acute Affection der übrigen Muskeln nur an drei Kranken beobachtet, während die Affection des Sphincter seit 2 Jahren schon 5mal vorkam, die Fälle von gummöser Entartung des Rectums nicht mitgerechnet. Dabei ist bemerkenswerth, dass die Affection vorwiegend Weiber befällt, was in dem häufigeren Vorkommen von Papeln und Rhagaden an den Afterfalten letzterer seine Erklärung findet; diese Erscheinung mag mit der die Syphilis bei Weibern begleitenden Hypersecretion der Vaginalschleimhaut zusammenhängen, in Folge deren das abfliessende Secret auf die Afterschleimhaut gelangt und durch den daselbst ausgeübten Reiz mit ein Moment zur Entwicklung der Entzündung beiträgt.

Der Muskel erkrankt aber nicht in seiner ganzen Ausdehnung, sondern es konnte N. zwischen den verschmälerten auch normal breite unveränderte Muskelfasern finden. Die Ausdehnung der Affection mag auf die Intensität der Schmerzen einen wesentlichen Einfluss ausüben.

Man wird somit, wenn selbst nach vollständiger Verheilung der Schleimhautaffectionen noch schmerzhafte Contractionen zurückbleiben, die Resorption zu befördern haben, eine allgemeine Behandlung einleiten und schliesslich die Sphincterotomie ausführen.

Der Vortragende illustrirt den Gegenstand durch Demonstration von Abbildungen und mikroskopischen Präparaten.



Herr Prof. Sigm. **Exner** hält den angekündigten Vortrag, indem er über eine Untersuchung berichtet, die er gemeinsam mit Herrn Dr. J. Paneth ausgeführt hat.

Er habe bei einer früheren Gelegenheit darauf hingewiesen, dass die Muskeln des N. facialis an der Grenze stehen zwischen jenen Muskeln des menschlichen Körpers, die ihre willkürlichen Impulse nur von der gekreuzten Hemisphäre erhalten, und jenen Muskeln, welche von beiden Hemisphären aus innervirt werden. Es sei kein Zweifel, dass die betreffenden Gesichtsmuskeln einer Seite hauptsächlich mit der gegenüberliegenden Rinde in Verbindung stehen, doch spricht eine Reihe von Thatsachen dafür, dass sie auch von der gleichseitigen Rinde beeinflusst werden. An Kaninchen lassen sich bei elektrischer Rindenreizung Bewegungen in beiden Gesichtshälften leicht nachweisen; diese Thiere wurden verwendet, um den Weg zu finden, auf welchem die Erregung von der Rinde bis in den peripheren Nerven gelangt. Es zeigte sich, dass weder der Balken noch eine der Commissuren die Uebertragung der Erregung von einem Rindenfeld auf das der anderen Seite besorgen, und dass das Rindenfeld des Facialis der nicht gereizten Seite bei der Erscheinung der beiderseitigen Zuckung ganz unbetheiligt ist.

Es tritt vielmehr die Erregung, nachdem sie die Stabkranzfasern und die Pedunculi cerebri passirt hat, erst in der Nähe der Facialiskerne auf die andere Seite (entsprechend der Pyramidenkreuzung) und gelangt also in den gekreuzten Facialiskern.

Von diesem aus geht sie erstens in den Nerven dieses Kernes über und erregt so die Muskeln der der Reizung gegenüberliegenden Seite; zweitens aber geht sie, nachdem sie noch einmal die Mittellinie in der nächsten Nähe der Kerne passirt hat, zu dem Nerv. facialis der Seite, auf welcher gereizt wurde. Ob dies direct oder unter Vermittlung des zweiten Facialiskernes geschieht, ist zweifelhaft, doch ist das erstere wahrscheinlich, da man ja Facialisfasern kennt, welche nach ihrem Eintritt in die Medulla oblongata an dem Kern vorbeistreifend die Mittellinie passiren. Nach dem eingangs Erwähnten sei es wahrscheinlich, dass die geschilderten Verhältnisse auch für den Menschen zutreffen.

Wien, am 4. November 1887.

Der Vorsitzende: Dr. H. Bamberger.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 4. November 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. Bamberger.
Schriftführer: Herr Doc. Dr. Bergmeister.

Herr Dr. Ullmann stellt einen Fall von Bauch-Actinomicose vor.

Herr Dr. v. Hacker stellt drei Fälle von Autoplastik (Transplantation von Hautlappen von einem Körpertheil auf einen entfernten andern), ferners einen Fall von operativ geheiltem Anus praeternaturalis vor, bei dem nachträglich wegen Geschwulstbildung Laparotomie und Darmresection gemacht wurde.

Zu letzterem Falle macht Herr Hofr. Billroth einige Bemerkungen.

Herr Prof. Hofmokl hält seinen angekündigten Vortrag: Chirurgische Mittheilungen mit Demonstrationen.



Programm

für die am Freitag den 11. November 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofr. Prof. Breisky stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Dr. M. Hajek: Ueber Ozaena.
2. Herr Prof. Benedikt: Demonstration eines Indianergehirnes.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Kolischer und Hofr. Breisky.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: Die k. k. Gesellschaft der Aerzte. — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. E. Albert.
Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

17. November 1887. Nr. 27.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 4. November 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. **v. Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Dr. **Ullmann** stellt einen Fall von Bauchactinomycosis vor. Der Kranke begann im Winter 1886/87 an Appetitlosigkeit zu leiden. Im Februar stellten sich stechende Schmerzen im rechten Hypochondrium ein; der Arzt stellte die Diagnose, da Fieber, Brennen beim Uriniren und trüber Harn vorhanden gewesen, auf Cystitis, während ein zwei Wochen später zugezogener zweiter Arzt eine Blinddarm- und Bauchfellentzündung vermuthete. Während dieser Zeit entwickelte sich eine gegen die Mitte des Bauches zu derbe und harte Geschwulst, welche an der Stelle, an welcher zur Zeit der Aufnahme in's Spital, ein Fistelgang vorhanden, von Anfang an weich und mit bläulich verfärbter Haut bedeckt war. Am 11. April eröffnete der behandelnde Arzt diese Stelle, es entleerte sich viel Eiter. Nach 3 Wochen verheilte die Wunde, nach abermals 2 Wochen entstand aber ein neuer Abscess. Pat. gibt an, dass gerade 1 Monat vor seiner Erkrankung eine seiner Kühe erkrankte, abmagerte, die Zähne wurden locker, so dass er sich genöthigt sah, das Thier zu verkaufen; auch die andere Kuh hörte plötzlich auf, Milch zu geben.

Als der Kranke sich am 23. Juli vorstellte, hat Ullmann aus der starren Infiltration des Abdomens und aus dem eigenthümlichen Aussehen der Haut die Diagnose sofort auf Actinomycose gestellt; diese Diagnose wurde durch die mikroskopische Untersuchung des Eiters, der sich aus dem Fistelgang entleerte, bestätigt. Von der Wunde aus konnte U. mit der Sonde in einen 10 Cm. tiefen Gang gelangen. Bei der Rectaluntersuchung fand er ausser einer bedeutenden

Prostatahypertrophie einen starren Tumor an der Bauchwand, dessen obere Grenze nicht genau abzutasten war.

Bei der am 3. August vorgenommenen Operation hat Ullmann zunächst den Fistelgang gespalten, dann durch einen zweiten im Winkel geführten Schnitt das weitere Eindringen ermöglicht. Er gelangte in's Cavum Retzii, fand aber keine Communication mit der Blase, auch war das Peritoneum unverletzt. Trotzdem glaubt U., dass es sich um eine Blasenactinomycose gehandelt hat, obzwar die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass es ein vom Darme ausgehender und an der Blase secundär Herde setzender Process war.

Ullmann berichtet auch über einige Versuche, welche er seit 2 Jahren angestellt hat, um über die Ursache der Eiterung bei der Actinomycose Näheres zu erfahren, und welche er demnächst zu veröffentlichen gedenkt. Er fand in 2 Fällen, wo der Abscess mit der Aussenwelt nicht communicirt hat, neben den Actinomycosepilzen nur den Staphylococcus aureus, in anderen 4 Fällen (offene Wunden oder Fisteln) neben diesen noch andere Pilzarten. Ullmann glaubt daher, dass die Eiterung eine secundäre Erscheinung ist, bedingt durch die Eitermikroben, wobei man an die Möglichkeit denken muss, dass der Actinomycosispilz einen Locus minoris resistentiae im Sinne Cornil's und Kocher's setzt und die Einwanderung der Eitercoccen aus der Blutbahn begünstigt.

Herr Dr. v. **Hacker** stellt mehrere Kranke vor, die er im vorigen Semester operirte, als er die Ehre hatte, Herrn Hofrath Billroth zu vertreten. Er spricht zunächst: „Ueber Transplantation frischer gestielter Lappen von einem Körpertheil auf den andern zum Ersatz grösserer Hautdefecte, besonders nach Entfernung entstellender Verbrennungsnarben".

In früherer Zeit wurde die Methode der Autoplastik meist mit granulirenden Lappen ausgeführt. Die damit erreichten Erfolge veranlassten Versuche mit der Transplantation frischer gestielter Lappen, die jedoch Anfangs keine befriedigenden Resultate gaben. Maas hat dann diese Methode neuerdings aufgenommen und die Regeln zusammengefasst, die dabei zu beobachten sind, wenn diese Transplantationen von Erfolg begleitet sein sollen. Die Chirurgen, die sich später dieser Methode bedienten, haben sich auch im Allgemeinen an dieselben gehalten. Aus letzterer Zeit sind solche Operationen von Nicoladoni, Salzer jun. und Wagner (Königshütte) bekannt geworden, die Alle von sehr gutem Erfolg begleitet waren. In den bisherigen Fällen wurden entweder Lappen von einer Extremität auf die andere, oder vom Thorax auf die obere Extremität transplantirt; es wurden immer einstielige Lappen verwendet.

H. hat die Methode in einer Reihe von Fällen immer mit sehr gutem Resultate in Anwendung gebracht und dieselbe auch den einzelnen Fällen entsprechend in mehrfacher Beziehung modificirt. Er hat dabei folgende neue Erfahrungen gemacht, für die die nachfolgend zu demonstrirenden drei Fälle als Beispiele dienen können.

1. Wenn die beiden Körpertheile, der, von dem transplantirt wird, und derjenige, auf welchen transplantirt wird, so weit von einander entfernt sind, dass es nicht möglich ist, den frischen gestielten Lappen mit seiner ganzen Fläche auf den wundgemachten Defect aufzulegen, kann eine Transplantation des Lappens auch dann gelingen, wenn derselbe nur mit dem der Basis gegenüberliegenden Schnittrande zur Vereinigung mit dem Defectrande gebracht wird.

2. Ist es möglich, nachdem der Lappen mit dem Rande angeheilt ist, den von vorneherein (aus Furcht vor partieller Gangrän desselben) nicht lang genug angelegten Lappen noch zu verlängern, resp. seine Brücke zurückzuschieben.

3. Wenn ein solcher Lappen eine genügend breite Brücke hat, verträgt derselbe eine ziemlich starke Dislocation, resp. Drehung, ohne abzusterben, wenn nur durch entsprechende Immobilisirung der Körpertheile jede Zerrung des Lappens und ausserdem eine zu starke Compression vermieden wird.

4. In einzelnen Fällen können nicht nur einstielige, sondern auch doppelt gestielte, sogenannte Brückenlappen, mit Erfolg verwendet werden, welches Verfahren sich, falls die Körpertheile in der dazu nothwendigen Weise einander genähert werden können, besonders dann eignet, wenn man verhältnissmässig lange, nicht zu breite Lappen benöthigt, die von einem Stiel aus schwer entsprechend ernährt werden würden; auf diese Weise ist es sogar möglich, Defecte der unteren Extremität durch Lappen vom Thorax zu decken.

In dem 1. Falle ($8^1/_2$jähriger Knabe; Verwachsung des ganzen Oberarmes und des halben Vorderarmes mit der Thoraxhaut nach Verbrennung) wurde nach Durchtrennung der Narbenbrücke ein Lappen vom Rücken auf den Thorax und dann ein von der vorderen Thoraxhaut entnommener einstieliger Lappen auf den rechten Oberarm gegen die Achselhöhle zu transplantirt, so dass der Kranke jetzt seine früher unbrauchbare Extremität eleviren, die Hand zum Munde führen kann etc.

In dem 2. Falle (18jähriges Mädchen — der Kopf durch mässige keloidartige, vom Kinn gegen die Brust ziehende Narbenstränge, die nach Verbrennung mit Salzsäure entstanden, gegen die Brust und nach links geneigt) wurde nach Excision der am meisten vorspringenden Narben, ein handflächengrosser rechtwinkeliger Substanzverlust am Halse durch Transplantation eines

stark gedrehten Lappens von der Vorder- und Innenseite des linken Oberarms gedeckt, die Bewegungen des Kopfes sind jetzt frei.

Im 3. Falle ($5^1/_2$jähriges Mädchen, mit starker Contractur beider Kniegelenke durch Verbrennungsnarben) wurden die nach der Excision der Narben in beiden Kniekehlen entstandenen Defecte durch je einen langen horizontalen doppeltgestielten Brustlappen gedeckt, der mit seiner Wundfläche in der Art an den Defect gebracht wurde, dass jederseits der Fuss und Unterschenkel durch den schleifenförmigen herabhängenden Lappen hindurchgesteckt worden war. Das Kind, das den Unfall im Alter von 15 Monaten erlitten hatte und daher überhaupt noch nicht gegangen war, kann jetzt nach der Lappentransplantation und der hierauf ermöglichten Streckung der Kniegelenke schon ziemlich gut herumtrippeln.

Was die Durchtrennung der Basis des Lappens betrifft, sei es klar, dass diese bei Lappen, die mit ihrer ganzen Fläche oder dem grössten Theil derselben auf den Defect gelegt werden können, schon früh (etwa am 7. bis 8. Tage) erfolgen kann, während sie in Fällen, wo nur der Rand des Lappens zur Anheilung gebracht werden kann, oder eine starke Drehung derselben vorgenommen werden muss, erst später (aber jedenfalls in 14 Tagen bis 3 Wochen) ausgeführt werden kann.

H. reicht von Herrn Dr. Pilz ausgeführte Zeichnungen herum, welche einerseits den Zustand vor der Operation, andererseits die Art der Lappentransplantation in allen drei demonstrirten Fällen illustriren.

H. stellt hierauf noch einen Fall von geheilter Darmresection vor. Die 33jährige Frau wurde mit den Symptomen einer Darmobstruction im Jänner 1887 auf die Klinik des Herrn Hofrath Nothnagel aufgenommen, wo H. durch die Güte der klinischen Assistenten Gelegenheit bekam, sie zu untersuchen und eine kleine harte, sich constant bleibende Geschwulst in der Gegend der linken Darmbeingrube wahrnahm. Wegen acuter Exacerbation der Erscheinungen (heftigster Schmerzen, hochgradigem Meteorismus und Ileus) wurde die Kranke später, im Februar 1887, sofort auf die Klinik des Hofrath Billroth transferirt, wo Dr. Salzer jun. unter H.'s Assistenz die Operation des Anus artificialis ausführte, und zwar um ganz sicher über dem Hinderniss zu sein, auf der rechten Seite des Abdomens (im Coecum), darauf Zurückgehen aller bedrohlichen Erscheinungen — glatte Wundheilung. — Die Frau, welche sich darauf vollständig wohl fühlte und nach Hause entlassen wurde, kam Anfangs Mai wieder an die Klinik mit dem Ansuchen, den Anus artificialis zu schliessen, da sie schon längere Zeit etwa die Hälfte des Stuhles auf dem natürlichen Wege entleere. Hofrath Billroth führte, als sich ihre Beobachtung bestätigte, am 4. Mai die Operation des Verschlusses des künstlichen Afters aus, 3 Wochen

darnach verliess sie mit geheilter Wunde die Klinik und hatte regelmässigen Stuhlgang. Dieser Zustand dauerte etwa 3 Wochen, dann trat wieder Erbrechen, Schmerzen und starker Meteorismus auf. Mit diesen Erscheinungen trat sie Ende Juni neuerdings in die Klinik ein, wo ihr ein operativer Eingriff angerathen wurde. Am 9. Juni machte Dr. Hacker die Laparotomie mit einem Schnitte links von der Medianlinie, gerade über den ziemlich deutlich wahrnehmbaren Tumor. Es zeigte sich das Colon descendens voll mit flüssigem Darminhalt gefüllt, das Rectum stark zusammengezogen und in der Curvatura sigm. eine durch eine kleine Geschwulst bedingte Verengerung. Resection dieses Darmstückes sammt eines Keils des Mesenteriums, der einige intumescirte Drüsen enthielt. Die Darmnaht, deren Festigkeit bei der prallen Füllung der darüber liegenden Abschnitte voraussichtlich eine starke Probe zu bestehen hatte, wurde in der Art ausgeführt, dass zuerst der halben Circumferenz entlang innere Wölfler'sche Nähte, dann eine fortlaufende innere Schleimhautnaht angelegt wurde; es folgten hierauf nach vorne eine äussere fortlaufende Schleimhautnaht, äussere Darmnähte und darüber mehrere Lembert'sche Nähte.

Nach Lösung der Jodoformgazestreifen, durch die der Darminhalt nach beiden Seiten von der Operationsstelle abgehalten worden war, passirte der Inhalt sofort durch das Lumen des frisch genähten Darmtheiles. Es trat bald Stuhlentleerung ein — glatte Wundheilung. — Jetzt, 4 Monate nach der Operation, fühlt sich die Frau vollständig wohl und ist keine Recidive nachweisbar. Der Tumor erwies sich als ein Cylinderepithelialcarcinom. Die Verengerung des Lumens war eine so hochgradige, dass dasselbe nur für ein Ripszündholz durchgängig war. Interessant ist der vollkommen glatte Verlauf der drei Darmoperationen hintereinander und der Wechsel in den Erscheinungen, namentlich der regelmässige Stuhlgang im Anfang nach dem Verschlusse des künstlichen Afters, trotz der hochgradigen Stenose des Darmes, die wenigstens gegenwärtig am Präparate nachweisbar ist.

Herr Hofrath **Billroth** bemerkt hierauf, der Wechsel der Erscheinungen in solchen Fällen rühre wahrscheinlich davon her, dass die Wucherungen zerfallen und sich abstossen. Wie die Epithelialmassen ausgestossen sind, dann contrahire sich das Bindegewebe. So halte er auch den stricturirenden Ring in dem vorliegenden Präparate für eine Krebsnarbe, welche sich nach Ausstossung der Krebsmasse gebildet. Ganz Aehnliches sehe man bei Oesophaguscarcinomen.

Herr Prof. **Hofmokl** hält seinen angekündigten Vortrag: Chirurgische Mittheilungen mit Demonstrationen.

Der Vortragende bespricht, nach Voraussendung von allgemeinen Bemerkungen, 2 von ihm in der letzten Zeit wegen innerer Darmobstruction operirte Fälle.

D e r e r s t e F a l l betraf einen 11jährigen Knaben A. S., welcher angeblich vor 4 Jahren nach rücklings gefallen sein soll und sich in Folge dessen eine Beckencontusion zugezogen hatte. Seit dieser Zeit kränkelt der kleine Patient. Es traten oft, nebst stärkerem linksseitigen Hüftschmerzen, starke Stuhlverstopfungen abwechselnd mit Diarrhöe auf. Später stellte sich Contractur im linken Hüftgelenke ein. Einmal soll auch Eiter mit dem Stuhl abgegangen sein. Es wurde damals die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt auf linkseitigen Psoasabscess, mit Anlöthung einer Darmschlinge und Perforation des Abscesses in den Darm.

Bei zweckmässig angewandter Therapie besserte sich zeitweilig der Zustand des Kranken so weit, dass er sich wieder ganz wohl fühlte und die Schule besuchen konnte, doch war das Wohlsein von keiner anhaltenden Dauer. Es trat bald wieder starke Stuhlverhaltung ein und der Kranke musste abermals das Bett hüten.

Im October 1886 begann die Auftreibung des Bauches abermals zuzunehmen, und von nun an verschlimmerte sich der Zustand immer mehr, so dass der Kranke nicht mehr gehen konnte, sondern stets das Bett hüten musste. Es trat häufiges Erbrechen ein und zeitweilig stärkere Kolikschmerzen.

Am 25. April 1887 Aufnahme in's Rudolfspital. Der Kranke war sehr herabgekommen, anämisch. Lunge und Herz gesund, im Urin kein Eiweiss. Der Bauch enorm aufgetrieben, 94 Cm. Umfang über dem Nabel, überall tympanitische Percussion, Darmperistaltik sichtbar, nebst hörbarem Flaschengeräusch. Nirgends ein Tumor zu palpiren. Jede Nahrung wird erbrochen, zuletzt Kotherbrechen, alle therapeutischen Versuche, die Darmobstruction zu überwinden, misslingen.

Am 30. April Anlegung eines Anus praeternaturalis an der linken Bauchseite, wo man das Hinderniss vermuthete. Die durch die Wunde vorgenommene Untersuchung des Bauchinneren mit den Fingern ergibt ein vollkommen negatives Resultat. Entleerung durch den Anus praet. 6 Liter flüssigen Kothes mit viel Gas und Obstkernen von Trauben und Cibeben. Wundverlauf reactionlos.

Am 23. Mai Laparotomie in der Linea alba. Der Darm unterhalb des Anus praet. stark contrahirt, nirgends adhärent noch verschlungen, frei in der Bauchhöhle liegend. Das Hinderniss im Darme wird auf diese Weise gefunden, dass der Darm aus der Bauchhöhle auf warme Sublimaticompressen gelagert wird, und hierauf vom Rectum aus eine Irrigation mit lauem Wasser gemacht wurde. An der stricturirten Darmpartie blieb die Wassersäule stehen und blähte den vor der Strictur gelegenen Darmantheil auf. Diese Stelle lag $2^1/_2$ Cm. entfernt vom Coecum. Es wurde diese Partie, circa 10 Cm., resecirt und mit dem Coecum vereinigt. Zu diesem Behufe musste das Coecum etwas abpräparirt werden und der Processus

vermiformis resecirt werden. Die Strictur war kaum für eine stärkere chirurgische Sonde passirbar und bestand aus reinem alten festen Narbengewebe. Das Peritoneum über dieser Darmpartie sah glänzend und normal aus.

Der Verlauf war ziemlich glatt, ohne Reaction. Am 4. Tag gingen schon Winde ab und am 8. Tage kam der erste Stuhl durch den Anus naturalis, der Anus praet. wurde der Naturheilung überlassen, was auch im Zeitraum von circa 4 Monaten vollkommen eingetreten ist. Der Kranke fühlt sich jetzt ganz wohl, der Bauchumfang beträgt 60 bis 64 Cm., der Kranke wird vorgestellt und das Präparat gezeigt.

Der zweite Fall betraf einen 14jähr. Knaben, welcher angeblich vor 3 Jahren Typhus überstanden haben soll. Später durch 1 Jahr gesund. Seit 2 Jahren an Stuhlverstopfung leidend.

Bei der Aufnahme in's Rudolfspital, am 1. Mai 1887, war der Bauch stark aufgetrieben, besonders rechts oben, der Knabe sonst gesund. Seit 28 Tagen kein Stuhl oder nur sehr wenig. Oefters Erbrechen, gegenwärtig vollkommene Absentia alvi. Alle angewandten therapeutischen Versuche, Stuhl hervorzubringen, misslingen. Diagnose unbestimmt, wahrscheinlich ein Volvulus. Am 3. Mai Anlegung eines Anus praet. am sehr stark ausgedehnten Colon transversum. Ungenügendes Zusammenfallen des Bauches. Rechts in der Coecalgegend harte Massen, wahrscheinlich Kothmassen, fühlbar. Durch den Anus praet. erfolgt nur ungenügend Stuhl, es musste daher öfters durch ein Drainrohr irrigirt werden, was eine circumscripte Peritonitis zur Folge hatte. Auch per Rectum wurde irrigirt und es kam dann das Wasser beim Anus praet. zum Vorschein. Am 16. Mai kam sogar Stuhl per Rectum. Ohne diese Manipulationen kam jedoch kein Stuhl, es trat gleich wieder Auftreibung des Bauches und Reiz zum Erbrechen ein. Am 31. Mai Laparotomie. Die Ursache der Darmocclusion war eine abnorm lange S-Schlinge, welche um ihr Mesenterium, zur Hälfte um die Axe desselben, gedreht war und mit ihrer Kuppe in der Coecalgegend lagerte. Die S-Schlinge, sowie das Coecum und das Quercolon waren sehr stark ausgedehnt und in ihren Wandungen hypertrophisch.

Resection der Flex. sig. in einer Länge von 27 Cm., Ablösung des Anus praeternat. und Naht desselben. Naht der Bauchwunde. der Kranke starb am 4. Tage an eitrig-fibrinöser Peritonitis, ausgehend von der früher angelegten Wunde des Anus praeternat. und der Anlöthungsstelle des Darmes.

Die Nahtstellen an der resecirten Darmpartie undurchlässig. Spontanes Herabtreten von Kothmassen am dritten Tag in das Rectum. Ausserdem hatte die Section erwiesen eine rechtsseitige Hydronephrose, in Folge angeborener Obliteration des rechten

Ureters an der Uebergangsstelle des Nierenbeckens in den rechten Ureter.

Wien, am 11. November 1887.

Der Vorsitzende: Dr. Breisky.

Für die Bibliothek wurden weiters nachstehende Werke gespendet:

Hock Doc. Dr. J. Propädeutik für das Studium der Augenheilkunde. Stuttgart 1887.

Hüttenbrenner Doc. Dr. A. v. Lehrbuch der Kinderheilkunde. Zweite vermehrte und verbesserte Aufl. Wien 1888.

Obersteiner Prof. Dr. H. Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. Leipzig und Wien 1888.

Pfungen Doc. Dr. Rob. Freih. v. Casuistik von Erkrankungen des Nervensystems. S.-A. Wien 1885.

— Ueber die patholog. Bedeutung der Störungen der Associationsbahnen. S.-A. Berlin 1884.

— Ueber Störungen der Associationen. S.-A. Wien 1884.

— Analyse der psych. Erkrankungen nach Störungen der Associationen. S.-A. Wien 1883.

— Ueber topische Begründung der Bewegungsstörungen an den Augenmuskeln bei Meningitis. S.-A. 1883.

— Zur Casuistik der Gehirnabscesse bei Bronchiectasie. S.-A. 1883.

— Ueber die tonische Starre bei durchbrechenden Gehirnblutungen. S.-A. 1881—1882.

— Ueber die Bewegungen des Antrum pylori beim Menschen. S.-A. 1887.

— Versuche über die Bewegungen des Antrum pyloricum. S.-A. 1887.

Schnirer Dr. M. T. Ueber die antiseptische Wirkung des Jodoforms. S.-A. 1887.

Sedlaczek Dr. St. und Löwy Dr. Wilhelm. Wien. Statistischer Bericht über die wichtigsten demographischen Verhältnisse. Wien 1887.

Miller Dr. W. D. Ueber die Combination von Zinn und Gold als Füllungsmaterial für Zähne. (Deutsche Zahnheilkunden von Dr. Adolf Witzel, Heft 2 u. 3.) Hagen i. W. 1887.

Wasseige Prof. Dr. A. Chorée grave pendant la grossese. Bruxelles 1887.

— De l'éducation des enfants. Liège 1887.

— Observation obstetrical. Liège 1887.

Transactions of the clinical society of London. Vol. XX. London 1887.



Nachstehende Werke wurden angeschafft:

v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. V. Band. Krankheiten der Lunge. Von Jürgenssen, Hertz und Rühle. Dritte völlig umgearbeitete Aufl. Leipzig 1887.

Soyka Prof. Dr. J. Der Boden. Leipzig 1887. (Handbuch der Hygiene. 1. Theil.)

Ebstein Prof. Dr. Wilh. Die Zuckerharnruhr. Wiesbaden 1887.

Verhandlungen des VI. Congresses für innere Medicin. Herausgeg. von Leyden und Pfeiffer. Wiesbaden 1887.

Mittheilungen aus dem Kölner Bürgerhospital. Herausgeg. von Prof. Bardenheuer. III. Heft. Köln und Leipzig 1886.

Rohon Dr. Jos. v. Bau und Vorrichtungen des Gehirns. Mit 1 Tafel. Heidelberg 1887.

Berlin Prof. Dr. R. Eine besondere Art der Wortblindheit (Dyslexin). Mit 1 Tafel. Wiesbaden 1887.

Pflüger Prof. Dr. E. Kurzsichtigkeit und Erziehung. Wiesbaden 1887.

Schwalbe. Lehrbuch der Anatomie des Auges. Erlangen 1887.

Hirschberg Prof. Dr. J. Wörterbuch der Augenheilkuude. Leipzig 1887.

Stilling Prof. Dr. J. Untersuchungen über die Entstehung der Kurzsichtigkeit. Wiesbaden 1887.

Fick Dr. E. Ueber Mikroorganismen im Conjunctivalsack. Mit 1 Tafel. Wiesbaden 1887.

Dr. Hajek, derzeit Bibliothekar.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 11. November 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. **Breisky.**

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko.**

Der Vorsitzende macht die Mittheilung vom Ableben des langjährigen Mitgliedes der Gesellschaft der Aerzte, des Herrn Dr. Philipp August Jarisch und ersucht, zum Zeichen der Trauer, sich von den Sitzen zu erheben, was geschieht.

Herr Prof. **Fuchs** demonstrirt zwei Fälle von melanotischen Irisgeschwülsten.

Herr Doc. Dr. **Grünfeld** demonstrirt einen Fall von Argyrie der Urethra.

Anknüpfend an diesen Fall machen Herr Prof. Reuss und Herr Prof. Neumann einige Bemerkungen über Argyrie, ersterer über Argyrie der Conjunctiva bei Photographen, letzterer über Argyrie der Mundschleimhaut und der Haut.

Herr Dr. **Hajek** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Ozaena.

An der sich daran anschliessenden Discussion betheiligen sich die Herren Prof. Weichselbaum, Dr. R. Paltauf, Doc. Dr. Roth und der Vortragende.

Programm

für die am Freitag den 18. November 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Toldt** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **Benedikt**: Demonstration eines Indianergehirnes.
2. Herr Dr. **Kolischer**: Ueber Kalkbehandlung der Localtuberculose.

Einen Vortrag hat angemeldet: Herr Hofr. Breisky.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

24. November 1887. Nr. 28.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 11. November 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. **Breisky.**

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko.**

Der Vorsitzende macht der Gesellschaft Mittheilung vom Ableben des langjährigen Mitgliedes, des Herrn Dr. Philipp August Jarisch und ersucht, zum Zeichen der Trauer, sich von den Sitzen zu erheben. (Es geschieht.)

Herr Prof. **Fuchs** demonstrirt 2 Fälle von melanotischen Geschwülsten der Iris. In dem einen Falle finden sich am rechten Auge 2 kleine Geschwülste in der Iris, welche ganz an die Cornea herangedrückt ist, eben durch die an der hinteren Irisfläche zur Entwicklung gelangten, 2 braune Buckeln darstellenden Geschwülste. Der Patient sei wegen Nebelsehen auf die Klinik gekommen und gebe an, seit 7 Jahren wiederholte Anfälle von Nebelsehen gehabt zu haben. Es sei das Nebelsehen durch Drucksteigerung, welche durch die Entwicklung der Irisgeschwülste hervorgerufen wurde, zu erklären. Die Geschwülste gehen wahrscheinlich vom Ciliarkörper aus und seien entweder Melanome oder melanotische Sarcome. Die Entscheidung dieser Frage sei für die Prognose wichtig, aber in diesem Falle schwierig. Da der Patient schon einmal vor 3 Jahren die Klinik aufgesucht hatte, wäre es noch aus den Protokollen der Klinik zu constatiren, ob die Geschwülste schon damals bestanden hätten, und ob sie seit dieser Zeit gewachsen wären oder nicht. Denn Melanome, welche aus Pigmentanhäufungen der Irispigmentzellen bestehen, blieben stationär, während melanotische Sarcome, wenn auch langsam, doch stets wachsen. Es sei fraglich, ob, wenn ein Wachsthum constatirt werden kann, die Entfernung der Geschwülste noch möglich sei, da dieselben anscheinend schon weit nach hinten reichen.

An dem 2. Falle hatte Prof. Fuchs vom rechten Auge ein melanotisches Irissarcom entfernt, wovon er eine vor der Operation angefertigte Zeichnung zur Ansicht herumgibt. An dem linken Auge des Patienten findet sich eine abnorme Pigmentirung der ganzen Iris, eine scheinbare Verziehung des Pupillarrandes nach unten aussen durch ein Hervorreichen des Irispigmentes von der hinteren auf die vordere Irisfläche und ein breiter Saum angehäuften Pigmentes am unteren Rande der Iris.

Es handle sich um Melanome des linken Auges und es sei sehr wahrscheinlich, dass auch die melanotische Geschwulst des rechten Auges, welche ein Sarcom gewesen sei, sich aus solchen Melanomen entwickelt hätte, obwohl der Patient die Entstehung der Geschwulst mit einer vor Jahren erlittenen Verletzung des Auges durch Kalk in Zusammenhang bringen möchte.

Herr Doc. Dr. Grünfeld demonstrirte einen Fall von Argyrie der Urethra. Nebst der allgemeinen Argyrie, entstanden durch innerlichen Gebrauch von Argentum nitricum, beobachtete man auch partielle Argyrie in Folge von localer Anwendung dieses Mittels durch längere Zeit, und zwar an der Conjunctiva und an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle. Der vorgestellte Kranke machte wegen eines Trippers durch mehr als ein Jahr Injectionen von Lapislösung 0·10 auf 120. Die schwachen Solutionen sind es nämlich, die zur Argyrie führen. Bei der endoskopischen Untersuchung findet man schon in der Gegend des Bulbus eine schiefergraue, schwärzliche Verfärbung der Schleimhaut der Harnröhre, welche nach vorne an Intensität zunimmt. An einzelnen Stellen sind blos Theile des Sehfeldes verfärbt, an anderen das ganze Sehfeld. Interessant ist der Befund von Narben in Form von Streifen und Placques, welche ihre hellweisse Farbe behielten.

Das endoskopische Bild demonstrirt G. mittelst elektrischen Glühlichtes, zu welchem er ein passendes Stativ construirte, so dass nunmehr ein sehr brauchbarer Demonstrationsapparat zusammengestellt ist. Die Batterie ist von Hauck und wird mit Kupferlösung gefüllt. Das Glühlämpchen steht mit einem Reflector in Verbindung, der mittelst Stativ (eventuell auch mittelst Handhabe) zu verwenden ist.

Herr Prof. v. Reuss macht, da Herr Dr. Grünfeld der Argyrose der Conjunctiva erwähnte, auf eine eigenthümliche partielle Silberfärbung dieser Membran aufmerksam, die seines Wissens bisher noch nicht beschrieben wurde, und die er dreimal zu beobachten Gelegenheit hatte. In allen Fällen war die halbmondförmige Falte und die Carunkel des einen Auges dunkelgrau, die übrige Bindehaut normal, alle drei Kranken, welche ihn aus anderen Ursachen consultirten, waren Photographen, so dass er in dem

dritten Falle schon aus dem Ansehen die Diagnose der Beschäftigung machen konnte. Bei dem Umstande, dass die Photographen viel mit Silbernitrat zu thun haben, ist die Genesis der Färbung nicht räthselhaft.

Herr Prof. Neumann bespricht 2 Fälle von Argyrie, welche er zu beobachten Gelegenheit hatte. Der eine Fall betraf einen Mann, der sich durch 20 Jahre die Gegend des Zungengrundes mit einer Lösung von Nitras argenti bepinselt hatte. Der andere Fall betraf einen Arzt, der in der Meinung, an Magenkrebs zu leiden, sich täglich durch ein Schlundrohr eine Nitras argenti-Lösung in den Magen eingespritzt hatte. Bei letzterem Falle, der nach Jahren zur Section gekommen sei, fand sich eine hochgradige Argyrie. Der Fall wurde von Weichselbaum publicirt. An der Haut konnte Prof. Neumann constatiren, dass das Silber in Form feinster Körnchen in den Wänden der Cutisgefässe abgelagert sei, dass es namentlich um die Schweissdrüsen sehr reichlich sich finde, auch im Papillarkörper sich abgelagert habe, dass aber die Epidermis stets frei davon sei.

Herr Dr. Hajek hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Ozaena.

Der Vortragende hat die Bacterien der Nasenhöhle bei verschiedenen Erkrankungen, insbesondere bei Ozaena, einer eingehenden Prüfung unterzogen, obwohl ein causaler Zusammenhang derselben mit der Ozaena schon von vornherein deshalb unwahrscheinlich ist, weil der Krankheitsprocess der Ozaena an und für sich nichts mit einer bacillären Erkrankung gemein hat und auch in der atrophischen Schleimhaut selbst keine Bacterien vorzufinden sind. Immerhin ist aber die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass, wenn die Bacterien auch nicht die directe und einzige Ursache für die Ozaena abgeben, dieselben für letztere anderweitig in Betracht kommen, insbesondere ist dies für den bei der Ozaena auftretenden Gestank der Fall. Im Ozaenasecrete sind stets Bacillen und Coccen in grosser Menge zu finden, letztere sind häufig mit Kapseln versehen und wie Thost zuerst durch die Reincultivirung und Thierexperimente erwiesen hat, ist der gefundene Kapselcoccus in jeder Beziehung mit dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus identisch.

Redner hat in zehn Fällen von Ozaena siebenmal den Friedländer'schen Pneumoniebacillus gezüchtet und mit fünf dieser gewonnenen Reinculturen Thierexperimente an Kaninchen, Mäusen und Meerschweinchen angestellt, aus welchen Experimenten der Nachweis der Identität mit dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus hervorging.

Diese wiederholten Züchtungsversuche haben auch sonst in mehrfacher Beziehung zu interessanten Resultaten geführt: erstens,

dass der Friedländer'sche Pneumoniebacillus durch Züchtung mitunter dann noch zu constatiren ist, wenn man im Secrete durch keinerlei Färbungsmethode die Kapselcoccen nachweisen kann, welcher Umstand uns die mangelhafte diagnostische Verwerthbarkeit durch das gefärbte Deckgläschenpräparat allein vor Augen führt; zweitens, führt Redner an, hat er im Laufe dieser Untersuchung erfahren, dass das bisher giltige Gesetz, nach welchem die Kapseln in deren Culturen zu Grunde gehen, nicht aufrecht zu erhalten ist, indem sie in den meisten bei Bruttemperatur gezüchteten Pneumoniebacillen nachzuweisen ist, wenn man das getrocknete Deckgläschenpräparat früher in absolutem Alkohol erhitzt, dann in Fuchsin-Anilinwasser färbt und in Wasser abspült, oder wenn man von vornherein in einer concentrirten alkoholischen (Fuchsin-) Lösung färbt. Der absolute Alkohol bewirkt die Fixirung der in den Culturen weniger resistent gewordenen Kapseln, wodurch dieselben nachher auch wässerigen Lösungen ausgesetzt werden können, ohne aufgelöst zu werden.

In zwei Fällen von Ozaena, wo der Vortragende im Deckgläschenpräparate Kapselcoccen nachweisen konnte, wurde der Friedländer'sche Pneumoniebacillus nicht vorgefunden; wahrscheinlich ist ein bisher unbekannter Coccus in diesen Fällen im Spiele, welcher vom Vortragenden noch nicht nach jeder Richtung genau studirt werden konnte.

Der Friedländer'sche Pneumoniebacillus ist ferner häufig aus chronischen Rhinitiden und anderweitigen Nasenerkrankungen zu züchten, ist somit für die Ozaena nicht charakteristisch; der Umstand, dass Redner denselben in drei Fällen acuten Schnupfens am 3.—4. Tage aus dem Secrete züchten konnte, während in zwei Fällen derselbe im allerersten Stadium vermisst wurde, scheint die Ansicht zu festigen, dass der Friedländer'sche Pneumoniebacillus erst secundär bei den verschiedensten Nasenerkrankungen auftritt, und da derselbe schon allenthalben im Respirationstracte ohne croupöse Pneumonie vorgefunden wurde, ist es zu vermuthen, dass er bei der croupösen Pneumonie auch nur eine secundäre Rolle spielt, zumal ja bisher ein causaler Zusammenhang zwischen Friedländer'schen Pneumoniebacillen und croupöser Pneumonie nicht erwiesen worden ist.

Die Uebertragung des Friedländer'schen Pneumoniebacillus auf die Nasenschleimhaut des Kaninchens bleibt erfolglos.

Der Vortragende erwähnt fernerhin, dass er bei Ozaena einmal den Streptococcus des Erysipels, ein anderesmal den Staphylococc. pyog. aureus vorgefunden habe; dieselben können gelegentlich, wie bekannt, von der Nase aus Erysipel, beziehungsweise Eiterung erzeugen, für den Process der Ozaena kommen sie indess nicht in Betracht.

Im normalen wie im pathologisch veränderten Nasenschleim begegnet man häufig einem schlanken Bacillus, der die Gelatine unter Bildung eines grünen Farbstoffes zersetzt, zahlreich kommt letzterer besonders in den schmutziggrün gefärbten Krusten der Ozaena vor, weshalb der Vortragende denselben als den Träger des grünen Pigments ansieht.

Fast constant (in zehn Fällen siebenmal vorgefunden) findet sich bei Ozaena ein kurzer Bacillus vor, der die Neigung hat, paarweise in der Form eines Diplococcus aufzutreten, mitunter auch längere Ketten zu bilden und die Eigenschaft besitzt, organische Substanzen unter Bildung eines penetranten Gestankes zu zersetzen; derselbe wächst auf allen unseren künstlichen Nährböden schon bei gewöhnlicher Temperatur, der Gestank tritt aber erst bei Bruttemperatur auf, er verflüssigt die Gelatine sehr rasch, die Cultur sinkt auf den Boden des Röhrchens und darüber ist klare Flüssigkeit. Auch auf Agar wächst dieser Bacill. foetidus Ozaenae sehr rasch, auf Blutserum tritt der Gestank intensiver auf als auf den anderen erwähnten Nährböden; am penetrantesten und der Ozaena ähnlich ist der Gestank, den gekochtes und mit dem Bacill. foetidus inficirtes Rindfleisch verbreitet. Bringt man Mäusen einige Tropfen einer Reincultur unter die Haut, so tritt der Tod innerhalb drei Tage an Septicämie ein. Blut und Organe enthalten den erwähnten Bacillus in grosser Anzahl. In der Kaninchenhaut erzeugt derselbe eine progrediente Gewebsnecrose, die gewöhnlich durch Narbenbildung heilt; nur selten gehen die Thiere schon in den ersten 24 Stunden zu Grunde, wobei ausser einer geringfügigen Milzschwellung nichts vorliegt.

Redner gedenkt noch zum Schlusse der Arbeiten Klamman's, Rohrer's und Reymann's und glaubt, dass der Bacill. foetidus, sowie auch die von den übrigen Autoren gefundenen, Gestank erregenden Coccen nur eine einzige unter den vielen Ursachen, welche das typische Krankheitsbild der Ozaena hervorrufen, repräsentiren. Es ist bisher durch anatomische Thatsachen festgestellt, dass der Atrophie ein hypertrophisches Stadium vorangeht, wenn es auch bisher unerklärt geblieben, warum viele chronische Catarrhe im hypertrophischen Stadium verharren, ohne zur Atrophie zu neigen. Der chronische Catarrh der Nase mit Neigung zur Atrophie, das gleichzeitig vorhandene purulente Secret, Stagnation des letzteren und Zersetzung durch den Bacill. foetidus sind die einzelnen Factoren des Krankheitsprocesses, wodurch derselbe bedingt wird. Allerdings wissen wir noch nicht, warum in einzelnen Fällen der Process in den allerersten Stadien verharrt, während in anderen dieselben rasch aufeinander folgen. — Hierüber muss das sorgfältige klinische Studium in der Zukunft Aufschluss bringen.

**

Herr Prof. Weichselbaum: Ungeachtet meiner Anerkennung für die verdienstlichen Untersuchungen des Herrn Vorredners muss ich doch folgende drei Behauptungen desselben beanständen: Erstens, dass der Friedländer'sche Bacillus pneumoniae bei gesunden Individuen in allen Theilen des Respirationstractes vorkomme; zweitens, dass sein causaler Zusammenhang mit der croupösen Pneumonie nicht bewiesen sei, und drittens, dass er die im Respirationstracte auftretenden Entzündungen nur zu compliciren vermöge.

Bezüglich der ersten Behauptung will ich bemerken, dass der Bac. pneum. bei gesunden, dass heisst nicht pneumonisch erkrankten Menschen bisher nur gelegentlich und inconstant in der Nasenhöhle, und zwar schon von Thost nachgewiesen worden ist, während Reimann im Gegensatze zu Thost und Hajek ihn bei Ozaena nicht constatiren konnte; in allen übrigen Partien des Respirationstractes ist er aber meines Wissens bisher von niemanden noch aufgefunden worden.

Was die zweite Behauptung betrifft, so muss nachdrücklich betont werden, dass bezüglich des Friedländer'schen Bacillus alle drei von Klebs und Koch aufgestellten Postulate, welche erfüllt sein müssen, wen wir ein bestimmtes Bacterium für die Ursache einer Infectionskrankheit halten wollen, auch wirklich erfüllt wurden. Der genannte Bacillus ist nämlich in einer Anzahl von Pneumonien als alleinige Bacterienart in der Lunge aufgefunden worden; man hat ihn ferner reingezüchtet und durch seine Culturen — auch auf dem Wege der Inhalation — Pneumonie erzeugt.

Wenn nun auch gegen die Befunde Friedländer's und anderer Forscher das Bedenken erhoben werden kann, dass in den von ihnen untersuchten Fällen nebst dem Bacillus pneumoniae vielleicht auch der Diplococcus pneumoniae, welchen manche als den einzigen Erreger der Pneumonie ansehen, vorhanden gewesen sein konnte, der aber den betreffenden Forschern, da sie ihre Culturen blos bei Zimmertemperatur hielten, entgangen war, so ist dieser Einwand gegenüber meinen Untersuchungen, über welche ich vor mehr als einem Jahre hier berichten konnte, und gegenüber den Befunden von Dr. R. Paltauf gewiss nicht aufrecht zu erhalten. Wir beide kannten den Diplococcus pneumoniae ganz wohl und haben unsere Untersuchungen derart angestellt, dass uns derselbe unmöglich hätte entgehen können. Ich will hier besonders einen der von mir beobachteten Fälle hervorheben, weil ich hierbei schon am zweiten Tage der Pneumonie den Bacillus pneum. in Agarplattenculturen als alleiniges Bacterium nachweisen konnte. In diesem Falle lässt sich doch nicht annehmen, dass schon am zweiten Tage der Erkrankung der eigentliche Erreger der Entzündung, wenn man etwa darunter den Diplococcus pneumoniae verstehen will, bereits vollständig verschwunden und blos das vermeintlich

erst secundär eingedrungene Bacterium mehr zurückgeblieben sei, welches überdies hierbei in ganz enormer Menge in den Lungen, im Blute und in der Milz vorhanden gewesen war.

Es ist zwar richtig, dass die von einigen aufgestellte Annahme, die bei Pneumonie in der Lunge aufgefundenen Bacterien wären gar nicht die eigentlichen Erreger der Krankheit, sondern wären erst secundär in die bereits entzündete Lunge von den Luftwegen her eingewandert, a priori nicht als absurd zu verwerfen ist; allein es gibt eine Reihe von Momenten, welche mit Sicherheit diese Annahme ausschliessen lassen. Erstlich findet man Pneumoniebacterien bereits an solchen Stellen des Lungengewebes, wo die Entzündung noch ganz frisch, ja für das freie Auge kaum wahrnehmbar ist; sie eilen, wie ich seinerzeit bemerkte, der Entzündung gewissermassen voraus. Ferner finden sie sich nur während der Zunahme des Processes am reichlichsten, während sie im Höhestadium, das ist in den hepatisirten Partien, bereits ganz oder zum Theile abgestorben sind. Würden sie aber erst secundär eingewandert sein, so müssten sie gerade im Höhestadium am zahlreichsten vorhanden sein. Ein noch beweiskräftigeres Moment gegen ihre supponirte secundäre Rolle ist aber die Thatsache, dass man, wenigstens den Diplococcus pneumoniae, mitunter auch bei primärer Meningitis oder Endocarditis ohne gleichzeitige Pneumonie finden kann; in solchen Fällen ist doch die Annahme, dass die Bacterien erst secundär in das bereits entzündete Gehirn oder Endocard eingewandert seien, ganz unzulässig; wenn sie aber eine Meningitis oder Endocarditis erzeugen können, so kann man ihnen doch die Fähigkeit, Pneumonie zu erzeugen, auch nicht absprechen.

Was die dritte Behauptung des Herrn Vorredners betrifft, so könnte man, da von ihm auch der Streptococcus pyogenes in der Nase gefunden wurde und bekanntlich auch der Staphylococcus pyogenes auf der gesunden Pharynxschleimhaut vorkommen kann, bei Phlegmone oder Erysipel des Gesichtes oder bei Parotitis etc. mit dem gleichen Rechte behaupten, die hiebei vorkommenden Streptococcen oder Staphylococcen wären erst secundär in die betreffenden Entzündungsherde eingewandert, eine Behauptung, die gewiss auch der Herr Vorredner nicht aufstellen wird.

Herr Dr. **Hajek**: Der Friedländer'sche Pneumoniebacillus erfüllt kein einziges der von Koch aufgestellten Postulate; erstens müsste sich dieser Bacillus bei einer typischen Erkrankung, wie die Pneumonie, stets vorfinden und dürfte er nicht auch anderswo zu finden sein. Redner gibt zu, dass diese beiden Anforderungen für die Pneumonie zu streng sind, und dass die Nichterfüllung derselben noch immer eine erwiesene Thatsache nicht widerlegen könnte; allein für den Friedländer'schen Pneumoniebacillus steht auch das dritte der Postulate, nämlich das Thierexperiment, aus,

indem wir aus einzelnen gelungenen Experimenten an Mäusen mittelst einer zerstäubten Cultur des Friedländer'schen Pneumoniebacillus noch keine genügende Beweiskraft für die menschliche Pneumonie ableiten können.

Herr Prof. Weichselbaum erwidert, dass der vom Herrn Vorredner betonte typische Charakter der Pneumonie, welcher nur eine einzige Bacterienart als Erreger zulassen soll, durchaus nicht besteht. Uebrigens finde man beispielsweise auch bei der infectiösen Osteomyelitis, welche doch anscheinend einen ziemlich typischen Charakter aufweist, nicht ausschliesslich den Staphylococcus pyogenes aureus, sondern gelegentlich auch den Streptococcus pyogenes. Das Gleiche gilt bekanntlich auch von den phlegmonösen Processen.

Herr Dr. Rich. Paltauf bestätigt die Untersuchungen Prof. Weichselbaum's über die pathogenetische Bedeutung des Bacillus pneumoniae; derselbe hat in letzterer Zeit weitere 3 Fälle von croupöser Pneumonie beobachtet, bei denen sich auf Agar-Gelatineplatten nur dieser Mikroorganismus, und zwar in enormer Menge, vorfand. Ebenso muss Paltauf den Werth der Thierexperimente durch Inhalation gegenüber den Einwendungen des Vortragenden aufrecht erhalten. — Auch bezüglich jener Aeusserung Dr. Hajek's, dass die bekannten Eiterorganismen sich so verhielten, dass die Staphylococcen circumscripte, die Screptococcen diffuse, phlegmonöse Eiterungen veranlassen, pflichtet Paltauf den Beobachtungen Prof. Weichselbaum's bei, dass eine solche Scheidung den Thatsachen nicht entspräche, indem sich auch bei phlegmonösen Processen Staphylococcen, ja ausschliesslich solche finden.

Herr Doc. Dr. Roth wendet sich gegen die Behauptung Hajek's, dass die Ozaena ein Product mehrerer Factoren sei; es widerspreche dies der klinischen Erfahrung. Nie gehe die Hyperplasie der Schleimhaut in Atrophie über, nie entwickle sich Ozaena aus einfach chronischer Rhinitis. Es gebe auch eine Rhinitis atrophicans sine foetore, es könne also der Gestank bei der Ozaena nicht mit der Atrophie der Schleimhaut im Zusammenhange stehen. Die Rhinitis atrophicans foetida sei nicht durch die Schleimhautatrophie, sondern durch ihr eigenthümliches Secret charakterisirt, dessen Ursachen noch unbekannt wären, und deren Kenntniss auch nicht durch die Mittheilungen des Vortragenden gefördert worden sei.

Wien, am 18. November 1887.

Der Vorsitzende: Prof. C. Toldt.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 18. November 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **C. Toldt.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa.**

Herr Prof. **Benedikt** hält die angekündigte Demonstration eines Indianergehirnes ab.

Herr Dr. **Kolischer** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Kalkbehandlung der Localtuberculose."

Herr Prof. **Dittel** theilt seine Erfahrungen über diese Behandlungsmethode mit.



Programm

für die am Freitag den 25. November 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Dr. **Richter** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Hofr. **Breisky**: Zur Casuistik der Extrauterin-Schwangerschaften.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Doc. Dr. Gärtner und Prof. Sigm. Exner.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

1. December 1887. Nr. 29.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.



Protokoll der Sitzung vom 18. November 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. **C. Toldt.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa.**

Herr Prof. **Benedikt** stellt vor der Demonstration eines Indianer-Gehirnes eine allgemeine Betrachtung über den Werth von Gehirnen niederer und exotischer Racen an.

Wir haben aus dieser Erkenntnissquelle wichtige Aufschlüsse über die Anthropogenesis zu erwarten und es sei gleichgiltig, ob sie im evolutionistischen Sinne ausfalle oder nicht, wenn nur sichere Anhaltspunkte gewonnen werden. Wir seien über die anthropogenetischen Anschauungen des Pentateuchs noch wenig hinausgekommen.

Jedes dieser Gehirne aber könne für sich den Schlüssel liefern um die complicirten Verhältnisse des menschlichen Gehirns in ihre einfachen Factoren aufzulösen.

Das vorliegende Gehirn eines 39jährigen Indianers aus der Argentinischen Republik, das er Herrn Dr. Sola aus Buenos-Ayres verdanke, zeige viele Charaktere einer niedrigen Organisation. Es sei klein, die eine Hemisphäre überrage wenig das Kleinhirn und die andere bedecke es nur unvollständig. Die dritte Schläfenfurche einer Hemisphäre sei zu einer limbischen Furche entwickelt und an der inneren Fläche der einen Hemisphäre sei eine weit nach hinten reichende Anlage eines zweiten Gyrus fornicatus vorhanden.

Das am meisten Charakteristische dieses Gehirns aber sei die Tendenz, an der äusseren Fläche einen obersten Windungszug zu isoliren, analog wie es bei den Gehirnen des Rindes und des Pferdes vorkommt.

Der Vortragende wirft sich die Frage auf, ob diese Furche durchgehends der ersten Urwindungsfurche entspricht; dies sei entschieden der Fall für den Stirn- und Hinterhauptlappen. Für den-

Scheitellappen erforderte die Entscheidung überhaupt eine Reduction des Verhältnisses der Windungen und Furchen auf die Verhältnisse der Windungen bei den Raubthieren. Es zeigte sich im Allgemeinen, dass der obere Theil der Retrocentralfurche und der hinterste Theil der Interparietalfurche der ersten Urwindungsfurche entsprechen, während der vordere Theil der Interparietalfurche der zweiten Urwindungsfurche entspricht. Die dritte Urwindungsfurche stellt nur eine kurze Umbeugungsstelle der ersten Temporalfurche dar.

Nach diesem Principe lassen sich die kleinsten isolirten Furchentheile des Scheitellappens in ihren Beziehungen zu den Urwindungsfurchen beurtheilen und die Verwachsungen und Trennungen der einzelnen Theile der Windungen erkennen.

Nach seinen früheren Erfahrungen erwartete der Vortragende, an Gehirnen von degenerirten Individuen die ursprüngliche Anlage zum Vier-Windungstypus im Scheitellappen des Menschen vorzufinden, und in der That zeigt das Gehirn des jüngst justificirten Raubmörders Schimak an beiden Hemisphären den Vier-Windungstypus. Die Retrocentralfurche schickt nämlich einen Fortsatz nach rückwärts, welcher die obere Schläfenwindung in zwei Windungen theilt und ebenso seien die parietalen Umbeugungen der ersten und zweiten Temporalwindung deutlich getrennt.

Beim Indianergehirn zeigt es sich, dass die oberen zwei Windungen des Scheitellappens, wie bei den europäischen Gehirnen verschmolzen sind.

Herr Dr. **Kolischer** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Kalkbehandlung der Localtuberculose.

Discussion: Herr Prof. v. **Dittel** hat die Behandlungsmethode des Vortragenden in einer Anzahl von Fällen versucht, und zwar in 11 Fällen die Kalkinjection, in 7 Fällen die Kalkgazetamponade.

Von den Fällen der ersteren Versuchsreihe (1 Caries im Fussgelenke, 6 Kniegelenkfungi, 3 Fungi im Hüft- und 1 im Ellbogengelenke) wurden 2 geheilt — ein Resultat, welches nicht geradezu als ungünstig bezeichnet werden darf, wenn man die Schwere der behandelten Affectionen in Betracht zieht. Es handelte sich nämlich durchwegs um intensive Erkrankungen, bei denen andere Methoden fruchtlos geblieben waren, und wo er das Kolischer'sche Verfahren als letzten Versuch angewendet hatte.

Unter den mit der Kalkgazetamponade behandelten Fällen hat v. Dittel keine Heilerfolge erzielt. Möglich, dass die günstigen Resultate, welche Kolischer auch hier aufzuweisen hat, in der grösseren Mühe und Sorgfalt ihre Erklärung finden, mit welcher er die selbsterfundene Methode handhabt. In einem Falle, welcher einen jungen Mann mit Fungus der Sehnenscheiden des Tibialis



posticus und Flexor communis nebst Caries des Malleolus lat. dext. betraf, kam die Caries unter der Anwendung der Kalkgazetamponade zur Heilung, nachdem der Fungus nach vorheriger Auskratzung unter der Behandlung mit Jodgaze schon verheilt war. Die Caries hatte einer circa sechsmonatlichen Behandlung mit Jodglycerin getrotzt und heilte erst nach der Application der Kalkgaze.

Auf die eigenen Erfahrungen gestützt, kann sich v. Dittel nicht ohne weiters für, aber auch nicht direct gegen das Kolischer'sche Verfahren aussprechen. Er kann im Allgemeinen sagen, dass er in schweren Fällen, namentlich bei Complicationen mit Knochentuberculose, nicht viel erreicht, dagegen in anderen Fällen gute Resultate erzielt hat.

Wien, am 25. November 1887.

Der Vorsitzende: Dr. Richter.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 25. November 1887.

Vorsitzender: Herr Dr. **Richter.**

Schriftführer: Herr Dr. **G. v. Török.**

Der Vorsitzende macht die Versammlung auf die im Saale probeweise angebrachten Auer'schen Gaslampen aufmerksam, und fragt, ob dieselben genehm sind. Allgemeine Zustimmung.

Herr Assistent Dr. **F. Salzer** demonstrirt einen Kranken, bei welchem er die Transplantation eines Hautlappens vom Rücken in die Hohlhand ausgeführt hat.

Herr Dr. **Zemann** demonstrirt ein Präparat, an welchem ein Sarcom der Trachea sichtbar ist.

Herr Prof. v. **Schrötter** und Herr Doc. Dr. **O. Chiari** machen hierzu einige Bemerkungen.

Herr Prof. **Breisky** hält seinen angekündigten Vortrag: „Zur Casuistik der Extrauterin-Schwangerschaften“.

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt das zugehörige Präparat.



Programm

für die am Freitag den 2. December 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath Prof. v. **Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Doc. Dr. **Gärtner**: Ueber einen Apparat zur Dosirung der Muskelarbeit.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Sigm. Exner, Reg.-Arzt Prof. Dr. Lewandowski und Prof. Rosenthal.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

8. December 1887. Nr. 30.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 25. November 1887.

Vorsitzender: Herr Dr. Richter.

Schriftführer: Herr Dr. G. v. Török.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung, macht die Versammlung auf die im Saale probeweise aufgestellten Auer'schen Gaslampen aufmerksam und erwähnt, dass diese Beleuchtung, falls dieselbe genehm wäre, im ganzen Locale eingeführt werden würde. (Zustimmung.)

Herr Dr. Teleky ist mit der neuen Beleuchtung einverstanden, wünscht aber, dass an den vorliegenden Lampen Kugeln nur von ganz mattem Glase verwendet werden sollen, denn die jetzt benützten würden etwas blenden.

Herr Assistent Dr. F. Salzer demonstrirt einen ehemaligen Patienten der Klinik Billroth. Der 49 Jahre alte Selcher war im Juli 1886 mit einer ausgedehnten Erkrankung der Haut der rechten Hohlhand, des 2., 3. und 4. Fingers aufgenommen worden. Angeblich hatte sich das Leiden im Anschlusse an eine im Jahre 1882 stattgehabte Verletzung des rechten Zeigefingers entwickelt. Es handelte sich um jene Form der Impftuberculose der Haut, welche Paltauf und Riehl als Tuberculosis verrucosa cutis beschrieben haben. Am 1. August 1886 wurde in Narcose das Evidement der erkrankten Hautpartien mit nachfolgender Kalicausticumätzung vorgenommen. Nach Wiedersetzung einer kleinen von Recidive befallenen Stelle ist vollkommene Heilung eingetreten.

Der Kranke blieb aber wegen der sich entwickelnden Narbencontractur der Hohlhand (Gypsabguss) arbeitsunfähig. Zweckmässige Bandagirung und mehrmonatliche, energische Massage erzielten keinen befriedigenden Erfolg. Der Kranke wurde daher im März



1887, behufs operativer Behebung seines Leidens, nochmals aufgenommen. Salzer excidirte die Narbenmassen so vollständig, wie wenn es sich um eine bösartige Neubildung gehandelt hätte und deckte den grossen Defect der Palma mittelst eines gestielten Hautlappens aus der linken Lendengegend, genau wie er das in der Wiener med. Wochenschr. (1887, Nr. 3 u. 4) bei einem anderen Falle beschrieben hat. Der Substanzverlust am Rücken wurde durch Zusammennähen der verschiebbaren Haut gedeckt. Der Stiel des Lappens wurde am 8. Tage durchtrennt. Das mit seiner ganzen Fläche p. i. der wunden Palma angeheilte Hautstück ist vollkommen geschmeidig geblieben, so dass der Erfolg ein vollständiger ist. Patient ist wieder als Selchergehilfe thätig und verwendet die Hand auch zum Schreiben.

Salzer erwähnt, dass bei den von ihm präparirten Verbrennungsnarben der Hohlhand die Sehnen niemals in die Narbenmassen einbezogen waren, obwohl man dies bei der oberflächlichen Untersuchung vermuthen konnte; dass hingegen die Palmaraponeurose in weitaus grösserer Ausdehnung narbig geschrumpft war, als dies äusserlich den Anschein hatte.

Herr Dr. **A. Zemann** demonstrirt ein Präparat, an welchem ein über wallnussgrosser, flach-höckeriger Tumor der hinteren Trachealwand sichtbar ist. Das Präparat stammt von einem Kranken, welcher in den Jahren 1867 und 1869 wiederholt von Herrn Prof. v. Schrötter operirt worden war. Der Mann wurde später noch vielfach in den laryngologischen Cursen untersucht und ist am 25. Oct. l. J. im hiesigen Israeliten-Spitale gestorben. Der Tod erfolgte nicht in Folge von Suffocation, sondern, wie die Obduction zeigte, an Broncho-Blennorrhoe. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der vorliegende Tumor ein Sarcom sei, welches mehrfach von sehr weiten Gefässräumen durchsetzt erscheint. Zemann erwähnt, dass derartige Tumoren der Trachea sehr selten wären und wurden in den letzten Jahren ausser diesem Falle nur noch ein Fall von Mayer-Hunny und ein Fall von Schrötter bekannt. Gestielte, auf der Oberfläche glatte Fibrome waren wohl häufiger zur Beobachtung gekommen.

Herr Prof. **v. Schrötter** sah den von Dr. Zemann erwähnten Kranken zuerst im Jahre 1867 und war über die damals vorhandene colossale Restriction des Tracheallumens im höchsten Grade überrascht. Wiewohl der an der rechten rückwärtigen Trachealwand aufsitzende und mit der In- und Exspiration sich bewegende Tumor damals den Raum der Trachea so weit erfüllte, dass der auf der vorderen Fläche der Geschwulst aufliegende Schleim zugleich die vordere Wand der Luftröhre streifte, konnte der Kranke doch noch in einem gewissen Grade körperliche Anstrengungen

ertragen. So kam Patient in einem Omnibus bis zum Hauptthor des Allgemeinen Krankenhauses und legte von hier zu Fuss den Weg bis in das zweite Stockwerk des Directionsgebäudes, der damaligen Skoda'schen Klinik zurück. Schrötter hat 1867 in dieser Gesellschaft über die Methode der damals ausgeführten Operation berichtet. Nach vorgenommener localer Anästhesie mit Chloroform und Morphium ging Schrötter mit einer in einer Röhre verdeckten Museux'schen Zange intralaryngeal bis an den Tumor und entfernte von demselben etwa $^2/_3$ seines vorderen Antheiles. Der Rest hat stark geblutet, was bei dem Gefässreichthum der Geschwulst erwartet werden musste. Die damals von Prof. Wedl ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab einen gleichen Befund mit dem heute von Dr. Zemann angegebenen Untersuchungsresultate. Die Abtragung des Restes war mit der Zange wegen grösserer Derbheit des Stieles, als vorausgesetzt war, nicht durchzuführen. Um auch noch den letzten Theil zu entfernen, hat Schrötter eine subcutane Injection von Ferrum sesquichloratum in den Tumor ausgeführt, d. h. durch Einstechen einer verdeckten Nadel von entsprechender Länge und Krümmung, um durch den Mund eingeführt werden zu können. Es trat sofort eine Verschorfung mit nachträglichem Schrumpfen des Neugebildes ein. Patient blieb bis 1869 gesund. In diesem Jahre zeigte sich eine Recidive, doch hatte der Tumor jetzt insoferne eine veränderte Befestigung, als er der hinteren Trachealwand fest aufsass und sich nicht mehr mit der Ex- und Inspiration hin und her bewegte. Der Recidivknoten wurde 1870 wieder nach den obgenannten Methoden intralaryngeal entfernt, obwohl Schrötter geneigt gewesen wäre, zuerst die Tracheotomie auszuführen, um dann von Aussen her radical zu operiren, welch letzteren Vorschlag der Kranke jedoch nicht annahm. 1879 wurde die zweite Recidive der Geschwulst beobachtet. Patient wollte aber auch jetzt die Operation von Aussen nicht zugeben, welche Schrötter diesmal durchführen wollte. Im Uebrigen scheint den Kranken das Leiden nun nicht allzuviel belästigt zu haben, denn er wurde jetzt Demonstrationsobject in den laryngologischen Cursen und war mit der erwerbsmässigen Verwerthung seiner Krankheit vollkommen zufrieden. Die Erleichterung im Athmen erklärt Schrötter aus einem Nachabwärtsbeugen des vorderen Antheiles der Geschwulst, so dass zwischen dieser und der vorderen Trachealwand die Luft durchstreichen konnte.

Was den zweiten von Zemann citirten Fall Schrötter's anlangt, so war dies auch ein Sarcom, wie die von Rokitansky ausgeführte mikroskopische Untersuchung bestätigte. Patientin ist anlässlich einer von einem jüngeren Collegen ausgeführten Injection von Liquor ferri erstickt. Schrötter stimmt mit Zemann überein, dass die Sarcome der Trachea zu den grossen Seltenheiten

gehören; aber auch die Fibrome sind nicht eben häufig. Die am häufigsten vorkommenden Neubildungen der Luftröhre sind Papillome und Carcinome.

Herr Doc. Dr. **O. Chiari** erwähnt, dass er auf der Klinik Bamberger bei einer Patientin einen Trachealtumor beobachtet hätte. Die Kranke wurde später auf die Klinik Billroth transferirt und daselbst, nach ausgeführter Tracheotomie, von aussen her operirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor ein Spindelzellensarcom war.

Herr Hofr. Prof. **Breisky** hält den von ihm angekündigten Vortrag „Zur Casuistik der Extrauterinal-Schwangerschaft". Er will sich nur auf Fälle vorgeschrittener Extrauterin-Schwangerschaft beschränken, und diese zunächst nur vom therapeutischen Gesichtspunkte erörtern. Vier von ihm beobachtete Fälle werden mitgetheilt und von dreien die Aufnahmsbefunde durch Tafelzeichnungen erläutert.

Der zuletzt beobachtete, klinisch wichtigste Fall betrifft eine in dem 9. Monat vorgerückte interligamentöse rechtsseitige Tubenschwangerschaft, bei welcher B. durch die am 29. October d. J. vorgenommene Gastrotomie ein lebendes Kind gewinnen und durch die Exstirpation des ganzen Fruchtsackes die Gefahr der Blutung und Sepsis für die Mutter vermeiden konnte. Bei dieser gestaltete sich der Heilungsverlauf gänzlich ungestört; es besteht gegenwärtig bei ihr nur noch die kleine Drainagefistel im unteren Narbenwinkel und ein indifferentes, neben dem Uterus gelagertes schmerzloses Infiltrat.

Die Operirte wird vorgestellt. Der exstirpirte Fruchtsack mit der Placenta von Herrn Prof. Kundrat demonstrirt. Das Kind wurde der Findelanstalt übergeben, gedieh anfangs gut, ging aber am Ende der dritten Lebenswoche an Phlebit. umbil. zu Grunde.

Von den übrigen drei Fällen wurde nur noch einer Object der Gastrotomie, allein erst nachdem sechs Jahre nach Absterben des Kindes ein Röhrenknochen des Lithopädion den Blasenscheitel perforirt hatte und in Folge eitriger Cystitis und Jauchung in der Fruchtsackhöhle chronische Sepsis sich entwickelt hatte. Patientin starb sechs Tage nach der Operation unter Symptomen progredienter Sepsis. Die Section ergab linksseitige Tubarschwangerschaft. Von den zwei nicht operirten Fällen betraf der eine, eine zum Termin vorgeschrittene interligamentöse Tubarschwangerschaft. Die Kranke starb plötzlich, bevor es zur Operation gekommen war. Der andere Fall ist eine secundäre Abdominalgravidität, vermuthlich tubaren Ursprungs, bei welcher jetzt ohne erhebliche Beschwerden Lithopädion getragen wird.

B. erörtert die bessere Aussicht, welche durch die neuesten Ermittlungen Litzmann's und Wirth's über die Häufigkeit einer tubaren Fruchtsackbildung auch bei einer vorgeschrittenen Gravidität für die Möglichkeit der totalen Exstirpation des Fruchtsackes gewonnen worden ist. Praktisch ist die letztere bisher nur bei abgestorbenen Früchten durch Litzmann, Billroth und Schröder ausgeführt worden.

Der Eingangs mitgetheilte Fall ist der erste, in dem dieselbe mit Erfolg bei lebendem Kinde, respective unverändertem Placentarkreislauf unternommen wurde. Hoffentlich wird sich die Ausführbarkeit bald in weiteren Fällen erproben und damit die Aufgabe, Mutter und Kind auch unter diesen bisher fast aussichtslosen Umständen zu retten, einer günstigeren Lösung sich zugänglich zeigen.

(Ausführliche Mittheilungen von B. über diese Fälle in Nr. 48 und seq. der „Wiener med. Wochenschrift".)

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt das zugehörige Präparat des durch Hofr. Breisky bei der Eingangs beschriebenen Operation mit exstirpirten Fruchtsackes.

Wien, am 2. December 1887.

Der Vorsitzende: Hofr. v. Bamberger.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 2. December 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. **Bamberger**.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister**.

Herr Prof. **Hofmokl** stellt ein Kind vor, bei welchem er einen Fremdkörper aus der Luftröhre entfernte.

Herr Dr. v. **Hochenegg** erwähnt eines analogen Falles, den er operirt.

Herr Doc. Dr. **Roth** demonstrirt einen neuen Beleuchtungsapparat.

Herr Instrumentenmacher **Leiter** demonstrirt die dazugehörige Batterie.

Herr **Rudolf Frank** demonstrirt einen durch Dilatation nach der Methode des Dr. Maydl geheilten Fall von Strictura oesophagi (Klinik Albert).

Herr Prof. **Weinlechner** reclamirt unter Hinweis auf frühere Publicationen die ihm gebührende Priorität der Erfindung dieser Dilatationsmethode.

Herr Doc. Dr. **Gärtner** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber einen Apparat zur Dosirung der Muskelarbeit. Zu dem Vortrage macht Herr Prof. Sigm. Exner einige Bemerkungen.



Programm

für die am Freitag den 9. December 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofr. Prof. **Breisky** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. **Sigm. Exner**: Ueber Diplopia monocularis und den irregulären Astigmatismus.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Reg.-Arzt Prof. Dr. Lewandowski und Prof. Rosenthal.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

15. December 1887. Nr. 31.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 2. December 1887.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Prof. Dr. **Hofmokl** stellt ein Kind vor, bei welchem er einen fremden Körper aus den Luftwegen entfernt hatte. Der Fall ist folgender:

B. Josef, 3 Jahre alt, soll angeblich am 31. October 1887, beim Mittagessen durch sich Verschlucken, einen Stickanfall bekommen haben. Durch einen bald darauf ausgelösten starken Hustenstoss soll der Knabe wieder Luft und Stimme bekommen haben, wurde jedoch etwas heiser und klagte über leichten Schmerz im Halse. Die Mutter des Kranken gab an, dass dem Kranken beim Essen wahrscheinlich ein kleines Knochenstück in die Kehle gerathen sei. Bei der am 1. November stattgehabten Aufnahme des Kranken im Leopoldstädter Kinderspitale fand man äusserlich am Halse und innen an den Rachenorganen nichts Abnormes. Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel zeigte deutlich die beiden Stimmbänder frei und beweglich, nirgends war die Spur eines fremden Körpers wahrnehmbar. Das Kind klagte sonst über keine Schmerzen, war bei Tage ruhig, die Stimme war leicht heiser, doch klangvoll, aber ruhiges Athmen, nur wenn der kleine Kranke etwas aufgeregt wurde, zeigte sich eine leichte Athembehinderung. In der Nacht beim Schlaf bekam das Kind zuweilen einen leichten dyspnoischen Anfall, wobei es erwachte. Die Körpertemperatur zeigte 38·0° C. Am 2. und 3. November war der Status derselbe, nur stieg das Fieber etwas mehr, der Kranke war apathisch und wollte wenig Nahrung zu sich nehmen. Die Stimme blieb leicht heiser. Objectiv war an den Lungen nichts nachzuweisen. Trotz

des negativen Befundes mit dem Kehlkopfspiegel musste hier dennoch das Vorhandensein eines fremden Körpers, wahrscheinlich eines Knochenstückes, in den oberen Luftwegen angenommen werden. Die leichte Heiserkeit sprach dafür, dass der fremde Körper am wahrscheinlichsten sich unterhalb der Stimmbänder befinden werde. Am 3. November Laryngotracheotomie in Narcose des Kranken. Nach Eröffnung der Luftwege sah man Anfangs nichts als eine stark geröthete Schleimhaut, erst bei besserer Beleuchtung der Wunde konnte ein kleiner weisslicher Körper erblickt werden, dieser wurde mit einer Pincette gefasst und herausgezogen. Es war ein circa 12 Mm. langes und 5 Mm. breites, sehr scharfrandiges, dünnes, poröses Knochenplättchen, welches bereits ganz von Granulationen umgeben und ziemlich fest darin eingebettet war. Nach der Extraction entstand momentan aus den Granulationen eine ziemlich heftige Blutung, welche durch Einführung einer Trachealcanüle sehr bald gestillt wurde. Die Canüle wurde nach Stillung der Blutung entfernt, und die Wunde durch 2 Knopfnähte geschlossen. Sublimatverband. Die Heilung ging ohne Zwischenfall vor sich. Das Fieber hörte auf, die Stimme wurde bald wieder vollkommen frei und rein. In der Nacht traten keine Stickanfälle mehr auf. Appetit gut.

Herr Dr. v. **Hochenegg** erwähnt eines analogen Falles, den er operirt. Er betraf einen Mann, dem ein Zwanzigkreuzerstück in den Kehlkopf gelangt war. Die Münze war vertical quer gestellt und begann sich beim Versuche, sie mit der Schlundsonde zu entfernen, umzulegen. Es wurde daher die Tracheotomie gemacht und die Münze entfernt. Heilung günstig.

Herr Docent Dr. **Roth** demonstrirte einen von ihm und dem Instrumentenmacher Leiter construirten elektrischen Beleuchtungsapparat für laryngo-rhinologische Zwecke. Der Apparat ist an einer Stirnbinde befestigt und besteht aus einem kleinen Glühlämpchen, dessen Licht durch einen kleinen Hohlspiegel reflectirt wird. Der elektrische Strom wird von einer Zink-Kohlenbatterie von 6 Elementen geliefert, welche in englische Chromsäure eintauchen und deren tieferes Eintauchen in die Flüssigkeit die Intensität des Lichtes steigert.

Das Licht, welches dieser Apparat gibt, ist weiss und auf 30 Cm. Entfernung von solcher Intensität, dass die Gebilde des Kehlkopfes, des Nasenrachenraumes und der Nase wie bei Sonnenlicht hell erleuchtet, in ihrer natürlichen Farbe gesehen werden können. — Der Apparat ist überdies sehr leicht, gestattet, da er an der Stirne befestigt wird, einen freien Gebrauch beider Hände zur Führung sowohl von Untersuchungs- als auch Operationsinstrumenten, kann deshalb sowohl zur Untersuchung behufs Stellung einer exacten detaillirten anatomischen Diagnose, als auch bei

Operationen besser werwendet werden, als alle bisher gebräuchlichen künstlichen Beleuchtungsapparate.

Herr Instrumentenmacher Leiter demonstrirte die dazu gehorige Batterie, wie auch eine von ihm neu construirte Daniell'sche Batterie mit geschlossenen Pergamentpapierzellen für die Zinkplatten.

Herr Dr. Rudolf Frank, Operateur an der Klinik des Herrn Prof. Albert, stellt einen geheilten Fall von Strictura oesophagi cicatrica vor, bei welchem die Dilatation nach der von Herrn Dr. Maydl im vorigen Jahre (13. Juni 1886) in der Gesellschaft der Aerzte demonstrirten Methode mittelst eines liegenbleibenden, bei der angelegten Magenfistel herausgeführten Fadens rasch durchgeführt wurde.

Der 14jährige Knabe hat vor 7 Monaten Laugenessenz getrunken; war hochgradigst bis zum Gewichte von 15½ Kilogr. abgemagert, wurde am 6. October 1887 gastrostomirt, nahm unter Ernährung von der am 6. Tage etablirten Magenfistel aus rasch an Gewicht zu, so dass man bald daran gehen konnte, die Strictur zu sondiren; am 30. October wurde dieselbe mit Sonde Nr. V passirt, diese in den Magen vorgeschoben, das Sondenende bei der Magenfistel herausgezogen, mit einem doppelten Faden armirt, der beim Zurückziehen der Sonde nachgeschleift und zum Nachschleppen der weiteren Sondennummern liegen gelassen wurde. Rasche Dilatation der Stictur bis zu Sonde Nr. XXII, welche am 20. October erreicht wurde. Nach Weglassuug des Fadens schloss sich die Magenfistel in einer Woche bis auf einen engen Gang, welcher keinen Mageninhalt mehr austreten lässt.

Anschliessend an diesen Fall berichtet Dr. Frank über zwei analoge Fälle von hochgradiger Narbenstrictur des Oesophagus und Abmagerung, bei welchen in derselben Weise vorgegangen und Dilatation von dünnsten Sonden bis Nr. XX, respective XVIII, in 15, beziehungsweise 10 Tagen erreicht wurde.

Schliesslich referirt Dr. Frank kurz über die Anwendung derselben Methode durch Dr. Hochenegg bei einer narbigen Strictura recti, wo der Faden einerseits beim Anus, andererseits bei der angelegten Colotomiefistel herausgeführt und zum Nachschleppen der weiteren Sonden liegen gelassen wurde.

Die Methode bietet folgende bewährte Vortheile: Möglichkeit, den herabgekommenen Patienten durch Ernährung von der etablirten Magenfistel aus rasch in einen besseren Ernährungszustand zu versetzen; dadurch gewinnt man Zeit und Musse zur Sondirung; ist der Faden einmal durchgezogen, so geht die Dilatation der Strictur sehr rasch und sicher; auch wird jeder einzelne Act der Sondirung bedeutend abgekürzt. Diese Vorzüge erheben diese Dilatationsmethode zum Normalverfahren bei hochgradigen Stricturen an herabgekommenen Individuen.

*

Herr Prof. Weinlechner beansprucht die Priorität dieser Dilatationsmethode, die er schon vor circa 10 Jahren bei Kehlkopfstricturen praktisch durchgeführt und in den Berichten der Rudolfsstiftung publicirt habe. W. verweist auf eine Discussion über diesen Gegenstand im vorigen Jahre (vide Anzeiger Nr. 25 de dato 28. October 1886).

Herr Docent Dr. Gärtner: Ueber einen neuen Apparat zur Dosirung der Muskelarbeit.

Die Muskelarbeit wird seit uralter Zeit als wichtiges Heilmittel bei verschiedenen Erkrankungen empfohlen. Bei der Auswahl einer passenden Beschäftigungsform stossen indess die Aerzte auf grosse Hindernisse. Der Vortragende hat einen Apparat construirt, der die Eignung zu besitzen scheint, die hier vorhandene Lücke auszufüllen.

Es ist eine kleine Maschine, die in jedem Wohnraume untergebracht werden kann, deren Preis so gering ist, dass sie Jedermann zugänglich ist. Der „Ergostat", so nennt Gärtner den Apparat, besteht seinem Wesen nach aus einer gebremsten Eisenscheibe, die mit Hilfe einer Curbel vom Patienten gedreht wird. Ein Laufgewicht spannt die Bremse stärker oder schwächer an. Auf diese Weise ist es möglich, die Arbeit schwerer oder leichter zu machen, sie dem Kräftezustande des Patienten genau anzupassen. An der Stellung des Laufgewichtes ersieht man sofort, wie viel Kilogrammmeter in einer Umdrehung geleistet werden. Die Anzahl der Rotationen wird von einem Tourenzähler automatisch gezählt.

Die Vorzüge des Ergostaten vor anderen Vorrichtungen sind folgende:

1. Er ist dem Patienten stets zur Hand.

2. Ist keinerlei Geschicklichkeit oder Intelligenz zur Ausführung der Arbeit erforderlich.

3. Die Arbeit an der Curbel ist nach den Erfahrungen der Techniker die rationellste Form, wobei ein Mensch, ohne übermässig zu ermüden, die grösste Menge von Kilogrammmeter aufzubringen vermag. Es arbeiten eben alle grossen Muskelmassen des Körpers.

4. Die Bewegung selbst bedingt eine rhythmische Erweiterung des Thorax, also eine förmliche künstliche Athmung. Daher tritt beim Drehen des Ergostaten viel später Dyspnoe ein, als sonst bei schwerer Anstrengung.

5. Es erfolgt eine rhythmische Compression des Unterleibes (Bauchmassage) und diese regt die Peristaltik und die Circulation im Unterleibe an.

6. Die Arbeit ist (nach Kilogrammmeter) genau messbar und dosirbar.

7. Der Arzt ist in der Lage, den Fleiss seines Patienten zu controliren.



Herr Prof. Sigm. **Exner** bemerkt, dass es unter den Bergsteigern bekannt sei, dass man, wenn man bergauf steigt, schwitzt und dyspnoisch wird, dagegen beim Bergabgehen zwar schwitzt, aber nicht dyspnoisch wird. Es beruht dies auf den zwei Arten von Muskelarbeit, die man zu unterscheiden hat. Der Muskel kann arbeiten als Maschine, indem er Lasten hebt und zweitens als gespanntes Band von variabler Länge. Diese beiden Arten von Muskelarbeit unterscheiden sich wahrscheinlich, wie das genannte Beispiel zeigt, durch die chemischen Vorgänge in den Muskeln selbst. Es wäre nun vielleicht möglich, dass man das Bergabgehen allein zum Entfetten gebrauchen könnte.

Wien, am 9. December 1887.

Der Vorsitzende: Breisky.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 9. December 1887.

Vorsitzender: Herr Hofrath **Breisky**.

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko**.

Der Vorsitzende gibt der Gesellschaft Nachricht vom Ableben zweier Mitglieder, des Ehrenmitgliedes Regierungsrathes Dr. Alexander Chrastina und des Hofrathes Prof. Dr. Carl v. Langer. Er ersucht die Gesellschaft, zum Zeichen der Trauer sich von den Sitzen zu erheben. (Es geschieht.)

Herr Dr. **Löw** demonstrirt einen Fall von geheilter Nephrectomie, woran Herr Professor v. Dittel, welcher die Operation ausgeführt hatte, einige Bemerkungen knüpft. Ferner demonstrirt Herr Dr. Löw einen Maulbeerstein, den Herr Professor Ultzmann durch hohen Blasenschnitt mit glücklichem Erfolge aus der Blase entfernt hatte, endlich ein Myofibrom des Uterus von enormer Grösse, welches von Herrn Hofrath Billroth tagsvorher exstirpirt worden war.

Herr Prof. **Kaposi** macht einige einleitende Bemerkungen zu der nachfolgenden Demonstration.

Herr Dr. **Zemann** demonstrirt die anatomischen Präparate eines Falles von Mycosis fungoides.

Herr Prof. Sigm. **Exner** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Diplopia monocularis und den irregulären Astigmatismus.



Programm

für die Freitag den 16. December 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. Dr. **Toldt** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Reg.-Arzt Prof. Dr. **Lewandowski**: Die einfachste Methode zur Erzielung gleichgerichteter galvanometrisch messbarer Inductionsströme (mit Demonstrationen).

Einen Vortrag hat angemeldet: Herr Prof. Rosenthal.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

22. December 1887. Nr. 32.

Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 9. December 1887.

Vorsitzender: Herr Hofrath **Breisky.**

Schriftführer: Herr Dr. **Kolisko.**

Der Vorsitzende gibt der Gesellschaft Nachricht vom Ableben zweier Mitglieder, des Ehrenmitgliedes Dr. Alexander Chrastina und des Hofrathes Prof. Dr. Carl v. Langer.

Er ersucht die Gesellschaft, zum Zeichen der Trauer sich von den Sitzen zu erheben. (Es geschieht.)

Herr Dr. **Löw** demonstrirt einen Fall von geheilter Nephrectomie, woran Herr Professor v. **Dittel**, welcher die Operation ausgeführt hatte, einige Bemerkungen über Nephrectomie knüpft.

Ferner demonstrirt Herr Dr. **Löw** einen Maulbeerstein, den Herr Prof. Ultzmann durch hohen Blasenschnitt mit glücklichem Erfolge aus der Blase entfernt hatte, endlich ein Myofibrom des Uterus von enormer Grösse, welches von Herrn Hofrath Billroth tagsvorher exstirpirt worden war.

Herr Prof. **Kaposi** macht einige einleitende Bemerkungen zu der nachfolgenden Demonstration.

Herr Dr. **Zemann** demonstrirt die anatomischen Präparate eines Falles von Mycosis fungoides.

Herr Prof. Sigm. **Exner** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Diplopia monocularis und den irregulären Astigmatismus.

Wien, am 16. December 1887.

Der Vorsitzende: C. Toldt.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 16. December 1887.

Vorsitzender: Herr Prof. C. Toldt.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. Dalla Rosa.

Herr Dr. **Peters** stellt zwei Frauenspersonen vor, an welchen er die Sectio caesarea nach Porro ausgeführt hat.

Herr Dr. **Salzer** stellt zwei von Herrn Hofr. Prof. Billroth operirte Fälle vor.

Herr Reg.-Arzt Prof. Dr. **Lewandowski** hält seinen angekündigten Vortrag: „Die einfachste Methode zur Erzielung gleichgerichteter galvanometrisch messbarer Inductionströme“ und demonstrirt hierauf die betreffenden Apparate.



Programm

für die Freitag den 30. December 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Dr. **Richter** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. Dr. **Rosenthal**: Ueber das Centrum ano-vesicale.

Einen Vortrag hat angemeldet: Herr Hofrath Prof. Meynert.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.